

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert CLAVIER

Né le 9 juin 1914, à Bourges (Cher).

24 FEV 1944

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

L'ABCÈS DE FIXATION
EN PRATIQUE CHIRURGICALE
ABDOMINO - PELVIENNE

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **CLAVIER.**

Prénom : **Robert.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

CLAVIER (Robert). — L'abcès de fixation en pratique chirurgicale abdomino-pelvienne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 84 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

CLAVIER (Robert). — L'abcès de fixation en pratique chirurgicale abdomino-pelvienne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 84 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

CLAVIER (Robert). — L'abcès de fixation en pratique chirurgicale abdomino-pelvienne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 84 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

CLAVIER (Robert) — L'abcès de fixation en pratique chirurgicale abdomino-pelvienne. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 84 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert CLAVIER

Né le 9 juin 1914, à Bourges (Cher).

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

L'ABCÈS DE FIXATION
EN PRATIQUE CHIRURGICALE
ABDOMINO-PELVIENNE

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FISSINGER.
	HARVIER.
	P-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCC.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
Clinique d'accouchement	N...
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	RENARD	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS.

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... /	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND' MERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Trop tôt ravi à ma tendre mais
juvénile affection.*

A MA MERE

*Je lui doit tout. Sa vie toute de
labeur et de loyauté est pour moi
le plus précieux des exemples.*

*Infiniment reconnaissant de tant
de sacrifices consentis, je lui dédie
ce modeste travail.*

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

*Qui fut toujours pour moi un
soutien affectueux et un guide pré-
cieux.*

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE
Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALGRAS

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*Qui nous a inspiré ce travail et
dont les conseils nous ont été si
précieux.*

*En témoignage de profond et res-
pectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAYRAS

Médecin de l'Hôpital Léopold-Bellan

*En témoignage de notre admira-
tion et de notre reconnaissance
pour la bienveillance qu'il nous a
toujours témoignée lors de notre sé-
jour à l'hôpital militaire de Châ-
teauroux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESBUCQUOIS

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

Médecin de l'Hospicé Général Bretonneau

A qui je ne saurais trop exprimer ma sincère reconnaissance pour tout ce qu'il m'a appris dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUZUY

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Blois

En gage de notre respectueuse gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné et l'intérêt qu'il nous a porté en toutes circonstances.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC

Professeur à l'Ecole de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MERCIER

Professeur honoraire à l'Ecole de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVE

Professeur à l'Ecole de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME LOUIS

Professeur à l'Ecole de Médecine

AUX DOCTEURS :

PENOT, MAGNAN, PARISOT, VIGNERON

INTRODUCTION

Il serait banal et facile d'énumérer les moyens efficaces dont nous disposons maintenant contre l'infection en chirurgie. Après les premiers progrès de l'antisepsie, réalisés par l'école de LISTER, PASTEUR nous débarrasse de l'infection de cause pathogène ou du moins il en réduit tellement les méfaits que le problème peut être considéré comme résolu. Restaient les infections liées à la nature même de la maladie en cause. Les bactériologistes, en nous apportant les différents types de sérums et de vaccins ont aplani quelques-unes de nos difficultés. Les chirurgiens en apprenant à la fois à opérer plus précocement et à drainer beaucoup plus efficacement les grandes affections péritonéales ont progressivement vu diminuer le taux de la mortalité. Depuis quelques années, enfin, avec les sulfamidés, un nouveau progrès était réalisé.

Il est pourtant des cas même opérés précocement, même traités en tenant compte de toutes ces acquisitions successives, dans lesquels le danger d'infection reste grand. Tantôt, on est d'emblée en présence d'un accident infectieux grave : appendicite perforée opérée tardivement, péritonite appendiculaire en 2 temps, rupture de cholecystite suppurée ou de kyste de l'ovaire infecté, accidents septiques post-abortum ou post-partum, tantôt c'est au décours d'interventions pour lésions qui ne semblaient pas particulièrement septiques, qu'éclatent des accidents infectieux, soit généralisés, soit localisés et à distance, sans que l'on puisse invoquer une erreur d'asep-

sie patente en cours d'intervention, ou une faute de stérilisation. Même en multipliant les examens de laboratoire, le germe pathogène n'est pas toujours identifié dans ces cas. Et pourtant le tableau clinique est indiscutablement celui d'une infection grave, assez fréquemment mortelle. Des hypothèses comme celle de la sensibilisation préalable, ou celle des maladies inapparentes ont permis d'expliquer, au moins en partie, ces faits. Une vaccination pré-opératoire en dehors de cas d'urgence, nous permet maintenant d'en éviter un grand nombre; toutefois nous ne les supprimons pas tous.

C'est dans ces cas, pour lesquels le chirurgien a l'impression d'être désarmé, que nous avons tenté comme pis-aller la méthode de l'abcès de fixation. Notre statistique groupe 31 observations et n'a que deux intérêts :

1° Elle est homogène, en ce sens qu'elle est l'expérience d'un unique chirurgien travaillant dans des conditions opératoires et d'hospitalisation toujours identiques à elles-mêmes.

2° Elle est complète, en ce sens qu'elle groupe intégralement tous les mauvais cas de ce chirurgien pendant une période de 2 ans, période suffisamment longue pour que l'on puisse éliminer tout facteur épidémique, ou invoquer la fameuse loi des séries.

De ce fait, se trouvent groupées des observations très différentes. Mais l'abcès de fixation n'est précisément pas une méthode spécifique devant s'adresser à un petit nombre de cas bien définis. Il a été utilisé ici, au contraire, comme une méthode de sauvetage délibérément tentée toutes les fois que l'on croyait la partie perdue et qu'aucune autre méthode plus rationnelle ne semblait pouvoir être mise en œuvre.

Mis à part, les accidents post-partum (obs. n^{os} 28, 29, 30 et 31) et les accidents post-abortionum (obs. n^{os} 23, 25, 26 et 27) pour lesquels certains accoucheurs possèdent déjà une grosse expérience de l'abcès de fixation, notre statistique groupe deux ordres de faits :

1^{er} *groupe* : Abscès de fixation pratiqué d'emblée pour une infection abdomino-pelvienne opérée d'urgence (obs. n^{os} 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 25).

2^e *groupe* : Abscès de fixation pratiqué pour un accident infectieux tardif consécutif à une opération abdomino-pelvienne (obs. n^{os} 5, 14, 15, 16, 19, 23 et 30).

HISTORIQUE

L'abcès de fixation, le « dernier revenu » d'une série de médications humorales comprenant le vésicatoire, le cautère et le séton, n'est qu'une modalité de la pyothérapie, méthode déjà fort en honneur sous des formes diverses, de nombreux siècles avant notre ère; le séton en particulier était d'usage courant chez les Grecs et les Egyptiens.

Au v^e siècle avant J.-C., HIPPOCRATE, célèbre médecin de l'île de Cos, chef de l'école humoriste, pense que toute maladie est produite par une humeur localisée en un point quelconque de l'économie. Il nomme « crise » l'issue en dehors de cette humeur peccante. Lorsque l'humeur morbide se déplace, il dit qu'il y a « métastase ». Partant de cette conception, il fait un large emploi du cautère, à seule fin de dériver l'humeur peccante ou de fixer la métastase en un point choisi à l'avance et présumé non dangereux.

Puis, ce fut l'époque des rubéfiants et des pustulants utilisés dans le but de provoquer une irritation circonscrite de la peau, aboutissant à une inflammation pouvant aller jusqu'à l'ulcération et par où les « mauvaises humeurs » s'éliminaient.

Vers le milieu du xix^e siècle, un empirique allemand, simple mécanicien, appelé BAUNSCHEIDT, eût l'idée de renforcer l'action des pustulants en préparant la peau avant leur application, par de multiples piqûres superficielles qui ne devaient pas saigner et qui étaient faites à l'aide d'aiguilles métalliques très fines. On obtenait de la sorte

une intense inflammation se traduisant par l'apparition d'une quantité d'abcès miliaires sur la surface de la peau. Ce procédé, dit « Baunscheidtisme », eut son heure de vogue.

Par la suite, de nombreux observateurs remarquent l'influence bienfaisante des abcès se produisant au cours des maladies infectieuses. MÉTIVIER en 1860, SUFFERMAN en 1867, notent que l'apparition d'abcès pendant les fièvres puerpérales est d'un bon pronostic. CHOMEL, dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, insiste sur le fait que « la formation sur les organes extérieurs d'abcès pendant le cours de la maladie est bien loin d'être un phénomène aussi défavorable qu'on pouvait le croire. Au contraire, on ne les observe pour ainsi dire que chez les sujets qui guérissent ».

En 1880, SENTEX montre qu'au cours de la fièvre typhoïde, la formation d'abcès est un processus de guérison.

En 1882, CHASSAING, vétérinaire à Pamiers, injecte déjà l'essence de térébenthine en vue de la formation d'abcès dans les boiteries chroniques de la hanche et de l'épaule du cheval, où il obtient 10 guérisons sur 12 cas traités.

C'est le 23 août 1891, dans le *Lyon Médical*, que FOCHIER fait paraître son célèbre article où « Il vient conseiller et indiquer le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations et où ces suppurations traitées chirurgicalement peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux ».

C'était en 1875 que FOCHIER, frappé par « des cas de fièvre puerpérale qui sont l'exception sans être absolument rares, dans lesquels on voit une infection généralisée sans lésion importante appréciable subir une amélioration soudaine en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée », avait eu l'idée de

la méthode qui porte aujourd'hui son nom; ce n'est que 16 ans après qu'il se décide à écrire. C'est dire combien le maître lyonnais, « cet observateur consciencieux et ce clinicien averti, à la conviction calme et aux termes modérés », avait longuement réfléchi sur ce qu'il allait publier.

En fait, la méthode ne provoqua aucun enthousiasme, et ce ne fut qu'en 1902, date à laquelle J. CARLES, élève d'ARNOZAN, publia sa remarquable thèse que l'on vit re-naître l'abcès de fixation que PIC et ses élèves devaient porter au « Pinacle ».

La méthode ne semble pas avoir franchi les frontières françaises, en Allemagne et en Angleterre l'abcès de fixation est inconnu, seul ISIDORO PUJADOR-Y-FARRA, en 1897, rapporte au XII^e Congrès International de Médecine de Moscou, le cas d'enfants de 3 à 6 ans atteints de scarlatine maligne et sauvés par des injections hypodermiques d'essence de térébenthine.

A Paris, de 1892 à 1914, l'abcès de FOCHIER n'a que peu de partisans, parce que les recherches de laboratoire n'ont pas élucidé son mécanisme. Toutefois, il reste très en faveur dans le bassin du Rhône et à l'embouchure de la Garonne. La première guerre mondiale, en mettant en contact des médecins de formation différente, a largement contribué à sa diffusion et à sa réhabilitation.

Son efficacité dans le traitement de la terrible épidémie d'encéphalite léthargique de 1919 et surtout la notoriété de NETTER, fervent adepte de la méthode, le firent entrer dans une période de vogue durant laquelle il fut employé de façon abusive à tort et à travers.

Depuis bientôt 20 ans, l'abcès de Fochier subit les assauts répétés de méthodes nouvelles, sans pour cela disparaître de l'arsenal thérapeutique, où de nos jours il possède encore, malgré les violentes attaques de COMBY, une place de tout premier choix.

PATHOGENIE

L'esprit humain est ainsi fait qu'il admet difficilement ce qu'il ne comprend pas. Or, le mécanisme des abcès de Fochier est des plus obscurs. A seule fin de faire le point sur cette question, nous nous proposons :

Dans la première partie de ce chapitre, de faire un court exposé de ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur la question.

Dans la deuxième partie, d'essayer de comprendre pourquoi et dans quelles circonstances l'abcès de fixation ne « prend » pas.

Pour terminer, de tirer quelques conclusions de ce qui précède.

I. — QUELQUES THEORIES SUR LE MECANISME DE L'ABCES DE FIXATION

A. — THÉORIE DE LA FIXATION DES MICROBES ET DES TOXINES.

D'après FOCHIER et CARLES, l'abcès de fixation serait en tous points semblable aux abcès « critiques » rencontrés au cours des maladies infectieuses. L'abcès de fixation serait une véritable voie d'appel pour les microbes qui viendraient y mourir comme les insectes sur un « attrape-mouches ». ARNOZAN pense, que *non seulement* les microbes de l'organisme viendraient à tout jamais pé-

rir au niveau de l'abcès provoqué, mais qu'il en serait de même, des globules blancs chargés de toxines, usés par la lutte livrée à l'envahisseur, morts de leur victoire sur l'ennemi. Toutes ces cellules amoindries seraient *non seulement* inutiles mais dangereuses pour l'organisme, où elles errent dans le torrent circulatoire et encombrant les foyers inflammatoires. L'abcès de fixation serait donc une sorte d'organe d'élimination doué d'un pouvoir cytopexique, suppléant un foie souvent surmené et insuffisant. La méthode de FOCHIER rentrerait ainsi dans le cadre de la loi générale selon laquelle « Toute irritation locale mécanique ou chimique amène la fixation des microbes inoculés sur tout autre point de l'organisme ».

Deux faits expérimentaux viennent appuyer cette théorie : Le premier est dû à CARLES : sur des animaux de laboratoire, l'arsenic administré à l'état de cacodylate de soude, se fixe au niveau des abcès provoqués, en quantité beaucoup plus considérable que dans les autres tissus y compris le foie. Quelquefois même, l'arsenic ne se retrouve uniquement qu'au niveau de l'abcès et nulle part ailleurs. Les mêmes expériences, reprises avec du cuivre ou du mercure donnèrent des résultats identiques. D'après l'auteur, les leucocytes se chargent aussi bien de matières inertes comme le carmin, de substances médicamenteuses comme le mercure, l'arsenic, ou le cuivre, que de microbes en circulation dans l'économie.

Le second fait expérimental intéressant est apporté par NETTER et CESARI, qui eurent l'idée de soumettre le pus d'un abcès de fixation pratiqué au cours d'une méningite à pneumocoques à la méthode d'Ascoli qui permet de déceler la présence des antigènes. Pour cela, on dépose dans le fond d'un tube un centimètre cube de sérum agglutinant et on fait ensuite couler très doucement le long de la paroi du tube une quantité égale du filtrat de macération d'abcès. Dans le cas où le liquide de macération renferme des antigènes, dont le sérum contient les anticorps, un anneau très net de précipité

apparaît au bout de quelques heures au point de contact des deux liquides. On ne voit rien d'analogue quand le sérum ne renferme pas ces anticorps.

L'apparition de l'anneau, indique la présence dans le pus des abcès de fixation d'antigènes de l'agent microbien qui a provoqué la maladie. Bien que l'ensemencement de ce pus soit resté stérile.

Cette théorie pourtant simple et séduisante fut combattue, en particulier par DIEULAFOY et CHANTEMESSE, qui montrèrent que le pus de l'abcès de fixation étant stérile, la fixation microbienne n'était qu'une vue de l'esprit.

A l'appui de leur théorie battue en brèche, FOCHIER et CARLES prouvèrent alors que :

a) si on ne rencontre pas de microbes dans le pus des abcès de fixation, on ne le doit qu'à l'action bactéricide directe de l'essence de térébenthine;

b) les abcès provoqués par des liquides irritants mais non antiseptiques contiennent des microbes;

c) certaines recherches minutieuses comme celles de LESIEUR, ARLOING, RATHERY, BENIANS ont permis de déceler des microbes dans le pus térébenthiné lui-même. Toutefois, ce dernier auteur dit, que les bactéries du groupe coli typhique ont une faculté de localisation élective au niveau des abcès de fixation bien supérieure à celle des streptocoques ou des staphylocoques, par exemple.

D'après ce qui précède, il semble que l'on puisse admettre dans une certaine mesure le rôle de fixation de l'abcès térébenthiné et c'est à juste titre que CARLES dans sa thèse a considéré l'abcès de fixation, comme réalisant une véritable saignée leucocytaire débarrassant l'organisme des poisons absorbés par les globules blancs. Les abcès de fixation sont de véritables « abcès de dépuraction ».

B. — THÉORIE DE LA RÉVULSION.

L'abcès de fixation, ne serait qu'un procédé énergique de révulsion. Il agirait donc à la façon d'un vésicatoire, d'un sinapisme, ou de pointes de feu.

Pour certains, l'abcès de fixation serait générateur de douleurs qui réveillent l'énergie du système nerveux et augmentent de la sorte les fonctions des organes indispensables à la vie. Comment, dès lors, expliquer l'efficacité de certains abcès totalement indolores ?

Pour d'autres, l'abcès de fixation agirait par l'irritation qu'il provoque à l'endroit des extrémités nerveuses et par les phénomènes réflexes qui en découlent. Si, l'abcès de fixation ne « prend » pas dans certains cas graves, c'est que le système nerveux est trop déprimé et incapable d'aucune réaction.

Il semble, qu'expliquer ainsi le mode d'action de l'abcès de fixation en tant qu'agent révulsif soit bien simplifier le mécanisme de la révulsion. Les effets de la révulsion sont plus complexes, ils sont multiples, locaux et généraux, nerveux, circulatoires et respiratoires, variables suivant l'intensité de l'irritation et le terrain sur lequel on agit.

En résumé, il y a dans le mode d'action de l'abcès de fixation, plus qu'un simple procédé de révulsion et nous croyons, que c'est vraiment le méconnaître que de l'assimiler au vésicatoire ou au sinapisme.

C. — THÉORIE DE L'ABSORPTION DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Il semble que l'essence de térébenthine, soit absorbée très lentement et partiellement comme en témoigne l'odeur du pus d'un abcès incisé, pourtant fort longtemps après sa formation. Toutefois, l'absorption est réelle puisqu'elle se traduit par l'odeur de violette dans les urines très peu de temps après l'injection.

Tous les auteurs partisans de la théorie de l'absorption de l'essence de térébenthine, ne sont pas d'accord quant à son rôle dans l'organisme; aussi pour la clarté de l'exposé il nous paraît indiqué de considérer :

1° *Essence de térébenthine comme antiseptique.*

CHAMBERLAND et surtout FABRE en sont les grands défenseurs. Voici d'ailleurs ce que ce dernier a écrit sur ce sujet :

« A la suite de nombreuses expériences, je suis arrivé à une conception beaucoup plus simple du mode d'action de l'abcès de fixation. Il s'agit d'une action antiseptique directe, consécutive à la pénétration d'essence de térébenthine dans les liquides de l'organisme et élective vis-à-vis du streptocoque pyogène. Après incision aseptique des abcès de fixation, j'ai vu que la centrifugation du pus le divise en deux couches, l'une comprenant tous les débris du tissu cellulaire sphacelé, et l'autre superficielle comprenant deux ou trois centimètres cubes d'un liquide clair pour 10 centimètres cubes de pus.

« Avec FOCHIER, je pensais que ce liquide contenait des substances neuralisantes, et de fait, en mélangeant le liquide avec des bouillons de culture, spécialement de streptocoques, l'action d'arrêt des cultures est évidente. Mais en analysant le phénomène, on constate que dans le liquide qui surnage après centrifugation, il existe de l'essence de térébenthine et en faisant agir cette essence seule sur les cultures, l'action est la même.

« De là, est née mon idée que le mode d'action de l'essence de térébenthine est tout simplement une action antiseptique directe particulièrement efficace semble-t-il vis-à-vis du streptocoque. Cette action est la même que l'essence, soit employée localement dans la lutte microbienne, ou qu'on l'utilise comme un antiseptique interne non toxique et pouvant être introduit dans l'organisme par les voies et sous les formes les plus diverses.

« L'action secondaire est la production d'une leucocytose variable suivant les malades, d'une exagération de l'index opsonique du sang. Toutes ces conditions sont favorables à la défense de l'organisme. »

Quant à VIGNES, il admet le pouvoir antiseptique de la térébenthine, mais sous certaines réserves :

« Je l'ai vue (action antiseptique) pendant la guerre avec la collaboration de MAGROU. Le badigeonnage d'une plaie streptococcique à l'essence de térébenthine faisait toujours disparaître le streptocoque, mais au bout de quelques jours, le streptocoque réapparaissait et dans ce cas, l'application d'essence de térébenthine était inefficace. En conclusion, on peut dire que la térébenthine est nuisible au streptocoque, mais que cette activité est restreinte. »

2° Essence de térébenthine comme oxydant général.

C'est surtout JOURN, qui se montra le plus ardent défenseur de cette théorie. Pour cet auteur, l'essence de térébenthine se comporterait comme une injection « hyperoxydante » et rentrerait ainsi dans le cadre de l'oxydothérapie. L'ozone du térébenthène, agirait sur les microbes et leurs toxines et de plus, stimulerait les anticorps créés par la réaction organique de défense. Les microbes oxydés, seraient plus facilement chassés par l'organisme, ce qui non seulement hâterait, mais faciliterait singulièrement la guérison.

3° Essence de térébenthine comme stimulant général.

RISSBACH, considère l'essence de térébenthine comme un stimulant du fait de ses effets sur l'excitabilité des systèmes nerveux circulatoire et respiratoire et sur la température qu'elle abaisse. Cette façon de voir nous paraît par trop simpliste et si les effets stimulants de l'es-

sence de térébenthine, ne sont pas plus vérifiés et vérifiables que son action sur la température on comprend fort bien le peu de crédit que l'on puisse accorder à cette théorie.

En résumé, si l'abcès de fixation agit grâce à l'essence de térébenthine absorbée, on se trouve en contradiction avec un fait d'observation courante : la « prise » de l'abcès ou plus exactement sa suppuration ne serait pas un stade nécessaire à l'efficacité de la méthode. Pourquoi, dès lors, ajouter un mal à un autre et ne pas remplacer l'abcès de fixation par l'administration buccale d'essence de térébenthine ou l'injection sous-cutanée de sérum térébenthiné ? Hélas, la pratique montre que les résultats sont bien loin de ceux qu'aurait pu laisser espérer la théorie.

Certains auteurs, en particulier FAURÉ-TRÉMIER et DUVIVIER DE STREEL, sûrs de l'action antiseptique de la térébenthine injectée sous la peau, ont pensé que cette action n'était pas directe et que la suppuration serait indispensable à l'accomplissement de phénomènes complexes, donnant naissance à des oxydes instables et à des corps aldéhydiques solubles doués de propriétés antiseptiques puissantes.

Quant à nous, bien que les diverses propriétés attribuées à l'essence de térébenthine soient certaines, il nous paraît difficile d'admettre cette théorie, qui, en raison de l'absorption lente, de l'insolubilité et de la résistance de la térébenthine à tous les ferments, ne nous permet pas d'expliquer l'effet rapide que nous demandons à l'abcès de Fochier.

D. — THÉORIE DE LA LEUCOCYTOSE.

S'appuyant sur les recherches de METCHNIKOFF, qui considère le globule blanc comme le défenseur de l'organisme, CHANTEMESSE tenait les propos suivants :

« Dans cette lutte indécise entre l'organisme et l'élément microbien, augmenter le nombre des leucocytes dans le sang, c'est amener de nouveaux combattants sur le champ de bataille pour détruire les microbes. L'ennemi, d'abord victorieux, est écrasé par les leucocytes. »

Quelle que soit la façon d'agir du leucocyte, soit qu'il s'attaque directement au microbe ou à sa toxine, ou bien comme le pense LUMIÈRE, aux flocculats nés de la réaction des produits d'excrétions microbiens sur les colloïdes du plasma sanguin, soit qu'il agisse indirectement, par la libération de produits défenseurs de l'organisme; augmenter l'armée leucocytaire, c'est jeter dans la balance le poids de troupes plus nombreuses et plus fraîches.

Pour AUDAIN, l'abcès de fixation serait de beaucoup le moyen « leucogène » le plus puissant et il serait d'après lui plus rationnel de l'appeler « leucogénique ». Le rôle de l'abcès térébenthiné se bornerait donc à augmenter, en qualité et en quantité la phagocytose organique.

Cette théorie, qui « parle aux yeux » est pourtant loin d'être admise par tous les auteurs.

VOITURIER et LANÇON, pensent que l'abcès de fixation n'a aucune action sur la leucocytose; CARLES et CHANTEMESSE lui-même, par suite de nouvelles recherches, constatent une diminution du nombre des globules blancs.

L'accord n'est pas encore fait sur ce point et quelques observations de MONCANY, montrent tantôt une augmentation, tantôt une diminution ou un état stationnaire du nombre des globules blancs. Seul, un fait est constant, c'est l'augmentation du nombre des globules rouges, que l'on doit rapporter à la participation de la moelle osseuse, signalée par NETTER et caractérisée par l'apparition de formes jeunes de leucocytes (myélocytes).

A notre point de vue, il semble que le mode d'action de l'abcès de fixation ne se résume pas uniquement dans une action leucogène. Pourquoi, s'il en était ainsi, ne serait-il pas proscrit de l'arsenal thérapeutique quand des

corps tels que le nucléinate de soude, sont capables d'entraîner une réaction leucogène intense, sans présenter aucun des inconvénients de l'abcès de fixation.

E. — THÉORIE DE LA DÉRIVATION.

C'est le retour à la vieille doctrine des métastases, des déplacements des fluxions tant connue et tant en honneur depuis HIPPOCRATE. L'abcès de fixation, a pour but d'attirer dans une région non dangereuse une quantité de globules blancs qui pourrait être nuisible ailleurs. LAVERAN en 1892 et JACQUES, quelques années plus tard, insistèrent sur ce fait. Pour ces auteurs, la méthode de FOCHIER est plus affaire de dérivation que de fixation ou de révulsion. Cette façon de voir est d'après VIGNES à rapprocher de la théorie d'ALMROT et WRIGHT, suivant laquelle, une infiltration phagocytaire trop abondante empêche l'afflux suffisamment renouvelé du sang chargé de substances bactéricides. La théorie de WRIGHT, semble la meilleure interprétation des faits observés en pratique chirurgicale et en pratique obstétricale. Mais, en ce qui concerne la septicémie puerpérale, il manque la démonstration de l'afflux exagéré de leucocytes au niveau de la plaie utéro-placentaire.

A l'appui de cette théorie, la pathologie offre de nombreux exemples de ces substitutions salutaires : SEGARD fait remarquer, que chez l'enfant surtout, à pyodermite ou abcès superficiel, correspond souvent intégrité des organes profonds, alors qu'au contraire, toute infection générale entraîne la disparition ou l'atténuation des suppurations de surface.

Du point de vue expérimental, les faits suivants confirment ces données :

a) ARCET, ayant établi 4 sétons lombaires, montre que leur sécrétion diminue de moitié dès la création d'un abcès artificiel.

b) VULPIAN, prouve qu'un simple purgatif provoque par afflux du sang vers l'intestin une véritable anémie cérébrale.

c) MERLE, de Clermont-Ferrand, relate l'observation d'un jeune homme de 15 ans, amené en plein coma et chez lequel, on pratique à la cuisse droite une injection de 1 cc. 5 d'essence de térébenthine, en vue d'un abcès de fixation et à la cuisse gauche, une injection de 1 litre de sérum glucosé isotonique. L'abcès térébenthiné ne « prend » pas, mais par contre, au niveau de l'injection de sérum, se développe une énorme collection purulente qui fut incisée. Tout s'est passé comme si l'on avait fait simultanément 2 appels leucocytaires locaux énergiques, l'un volontaire par la térébenthine, l'autre involontaire par le sérum glucosé. N'envisageant que l'antagonisme de ces deux injections irritatives simultanées, on peut conclure, semble-t-il, que le processus phlegmasique le plus énergique a arrêté l'évolution de l'autre. Et, si telle est bien l'explication exacte du phénomène, il devient très naturel d'admettre qu'une injection de térébenthine est capable d'inhiber, par un semblable mécanisme, l'évolution d'un foyer microbien inflammatoire évoluant quelque part dans l'organisme.

La méthode de FOCHIER, agirait donc par dérivation leucocytaire. Aussi, PIC et DELORE, pensent que le terme « abcès de dérivation » quelque insuffisant qu'il soit, paraît préférable à celui d'abcès de fixation. Les foyers inflammatoires seraient asséchés d'un excès de globules blancs à la façon des sétons d'ARCET et du cerveau de VULPIAN.

Cette conception entrevue par DIEULAFOY, et qui, selon PIC et DELORE, n'aurait pas reçu la considération qu'elle méritait, nous semble assez loin de la réalité et nous hésitons à croire, que la pyogénèse artificielle agit à la façon d'une fistule anale au cours d'une tuberculose pulmonaire, d'un pemphigus mettant fin à un ancien flux hémorroïdaire, d'une dysenterie coupant une broncho-pneu-

monie ou d'un abcès retro-pharyngien enrayant une fièvre puerpérale.

F. — THÉORIE DES MODIFICATIONS HUMORALES.

L'abcès de fixation, provoque des modifications humorales telles que le pouvoir bactéricide ou antitoxique, et l'immunité organiques en sont accrus. Cette conception admise par beaucoup d'auteurs est vérifiée par de nombreux faits expérimentaux dont les plus caractéristiques sont :

a) LA TORRE ayant inoculé à des lapins une même quantité de culture charbonneuse, injecte de la térébenthine à quelques-uns d'entre eux. Il constate que le sérum des lapins soumis aux injections de térébenthine possède un pouvoir bactéricide supérieur à celui des autres animaux.

b) RAMON, a montré que les chevaux préparés contre la toxine tétanique manifestent une augmentation considérable de leurs antitoxines quand ils présentent un abcès.

c) NESTORESCU a eu l'idée de rechercher le taux des alexines dans le sérum chez le chien après abcès de fixation. Comme on pouvait le prévoir, le taux était augmenté. Toutefois, il est à remarquer que l'expérimentateur n'a pu mettre en évidence la moindre action alexique dans la sérosité de l'abcès.

d) BELIN, a prouvé que le pus d'un abcès naturel contient des antitoxines en quantité plus faible que le sérum, par contre le pus d'un abcès de fixation en contient plus que le dit sérum. De plus, il a constaté que les animaux porteurs d'abcès de fixation résistent beaucoup mieux que les animaux témoins à l'injection de toxine tétanique.

Mais, si l'accord est fait sur ce point, combien les avis sont partagés quant au mécanisme d'augmentation du pouvoir bactéricide et de l'immunité.

Pour FEUILLIÉ, il y aurait rénovation et augmentation de la résistance leucocytaire s'ajoutant à l'action des produits de leucolyse : Pratiquant sur de gros chiens, deux injections de 1 cc. d'essence de térébenthine à 4 ou 5 jours d'intervalle, il provoque 2 gros abcès qui sont par la suite incisés. En tenant compte que, l'animal ne possède que quelques grammes de leucocytes et que chaque abcès contient 100 à 150 cc. de pus, il est facile de se rendre compte, qu'en une huitaine de jours, les abcès ont soustrait plusieurs fois le nombre total de leucocytes primitifs. Il s'est fait ce que FEUILLIÉ appelle « la rénovation leucocytaire », phénomène qui engendre une augmentation de la résistance leucocytaire, du fait du rajeunissement des cadres et de leur relève accélérée. Il y aurait moins d'éclapés et de cadavres ambulants dans l'armée leucocytaire. De plus, ce renouvellement fréquent, augmente notablement la leucocytose qui libère dans le plasma, non seulement des albumoses, mais toute une foule de produits, tels que : ferments, cytoglobines, substances bactéricides, alexines, cytases, etc... Il y a modification favorable de la crase sanguine et c'est à cet effet que FEUILLIÉ préconise l'incision tardive, afin d'avoir une production maximum de tous ces produits.

FOCHIER lui-même, s'était demandé, si autour du foyer purulent ne naissent pas des substances capables de vacciner tout l'organisme, ou tout au moins d'enrayer la prolifération microbienne.

De nombreux auteurs, parmi lesquels BOIDIN, TURPIN et HARVIER, pensent que l'abcès de fixation n'est qu'une sorte de « Protéinothérapie ». Il agirait en tant que médication de choc par introduction dans l'organisme d'albumines hétérogènes. Ces albumines hétérogènes, produits de désintégration tissulaire au niveau de l'injection térébenthinée, détermineraient dans l'économie des réactions importantes, telles qu'augmentation de l'azote du sang et de l'azote urinaire. Donc, l'abcès de fixation agirait par le bouleversement colloïdal des humeurs et de

l'équilibre vago-sympathique, en libérant brutalement l'organisme de l'empreinte pathologique qu'il subissait étroitement. A la fin de ce chapitre, nous exposerons ce que nous pensons de cette théorie.

II. — POURQUOI ET DANS QUELLES CIRCONSTANCES L'ABCÈS NE « PREND » PAS ?

Il ne suffit pas de comprendre ou plutôt d'essayer de comprendre, comment agit l'abcès de fixation quand il prend, mais encore de savoir pourquoi, dans certains cas, il ne « prend » pas, et il nous semble que ce soit là un des points les plus importants de sa pathogénie du fait des renseignements que l'on est susceptible d'en tirer...

BOUCHARD, dans ses expériences sur le rôle de la lésion locale au cours des maladies infectieuses, a démontré, que seuls réagissent sous forme d'abcès, les animaux légèrement infectés. L'inoculation est-elle trop virulente ou la résistance organique trop affaiblie, dans ce cas, la réaction manque.

LUMIÈRE et Mme MONTLOY ont tenté d'expliquer : Pourquoi, dans les cas graves, l'essence injectée sous la peau ne détermine-t-elle pas l'afflux leucocytaire local que l'on observe invariablement chez les sujets qui ne sont pas trop infectés ?

Pourquoi l'infection microbienne modifie-t-elle les, réactions des leucocytes au point de les empêcher de se rassembler dans la région où ils sont d'ordinaire appelés par la substance irritante chez les individus normaux ?

A cet effet :

Ils injectent à deux cobayes par voie intracardiaque 1/2 cc. de suspension d'encre de chine à 0,25 %, et deux heures après, 1/2 cc. d'essence de térébenthine sous la peau. Au bout de 48 heures, il n'existe qu'une légère induration au niveau de l'injection térébenthinée.

Deux autres cobayes reçoivent seulement 1/2 cc. d'essence de térébenthine et 48 heures après il y a formation d'abcès qui s'ouvrent spontanément. (L'encre de chine injectée était constituée par une simple suspension de particules de carbone, d'une inertie chimique complète.)

De la comparaison de ces deux expériences, il semblerait que, dans le premier cas, les leucocytes occupés à l'enrobage, à la digestion, à l'élimination des particules de carbone, auraient perdu leur tropisme habituel.

Le Professeur BORDET, de Bruxelles, donne une explication qui, à nos yeux, n'a que le mérite d'être simple :

Si à un septicémie, par exemple, on injecte 1 cc. d'essence de térébenthine, deux éventualités peuvent se produire :

Ou bien, l'abcès « prend » : c'est que les leucocytes sont très nombreux, et que plusieurs cohortes d'entre eux ont pu être envoyées contre le nouvel ennemi.

Ou bien, l'abcès ne « prend » pas : c'est que les leucocytes sont en nombre restreint, tous occupés dans la lutte contre le germe de la septicémie, si bien qu'ils ne peuvent s'opposer au nouvel envahisseur.

De ce qui précède, on déduit que quelle que soit la cause pour laquelle l'abcès de fixation ne « prend » pas, cette éventualité traduit toujours la déchéance profonde d'un organisme incapable de la moindre réaction.

III. — CONCLUSION

Le mécanisme de l'abcès de fixation n'est pas un mais complexe et relativement obscur, du fait de l'existence de nombreux facteurs qui nous échappent. Outre son pouvoir de fixation indéniable, l'abcès de Fochier est un procédé très actif mettant en branle de nombreuses réponses organiques dont les principales sont :

- la rénovation leucoocytaire;
- les modifications humorales en général et l'augmentation du pouvoir bactéricide et antitoxique en particulier;
- le bouleversement colloïdal des humeurs et de l'équilibre vago-sympathique qu'il est convenu d'appeler « choc », mais qui, dans ce cas, diffère de celui de la protéinothérapie ou de la pyothérapie, du fait qu'il est en somme la résultante d'une succession de « chocs » minimales et suffisamment rapprochés, pour que les réponses tiennent l'organisme continuellement en éveil comme le fouet du charretier décuple les forces du cheval. Les albumines hétérogènes, qui sont à l'origine de ces « chocs » si faibles, qu'ils ne se traduisent par aucun signe extérieur, proviennent du foyer de suppuration d'où elles sont déversées dans l'économie par doses infinitésimales et d'une façon continue.

Bien qu'il soit impossible de donner sur le mécanisme de l'abcès de fixation des précisions objectives indiscutables, on ne doit pas, pour cela priver les malades d'une méthode extrêmement active, car si nos devanciers avaient ainsi raisonné, ils ne nous auraient pas transmis de remarquables thérapeutiques dont ils avaient seulement pressenti et dont ensuite nous avons compris l'efficacité.

TECHNIQUE

1. QUELLE SUBSTANCE INJECTER ?

Nous rappelons pour mémoire l'usage ancien et à juste titre abandonné, d'un certain nombre de corps considérés jadis comme pyogènes.

FOCHIER employait le nitrate d'argent ou le sulfate de quinine acidifié, THIERRY, l'acide phénique ou le sublimé, mais devant les échecs des injections acides qui donnaient le plus souvent lieu à un pus séreux et peu abondant, dont la poche mal limitée, engendrait d'interminables suppurations, des injections d'essence de lavande ou d'origan qui déterminaient plus de sphacèle que de suppuration, CRAWITZ, fut le premier à utiliser l'essence de térébenthine qui, de nos jours, est la seule substance employée. Certains auteurs recommandent l'essence de térébenthine vieillie à l'air, d'autres, l'essence de térébenthine bouillie et additionnée d'huile d'olive ou de gâïacol. Quant à nous, l'essence de térébenthine que nous livre le commerce sans aucune préparation préalable, nous donne satisfaction.

2. QUELLE DOSE INJECTER ?

FOCHIER, le père de la méthode, conseillait 1 cc. dans les cas moyens, et 1 cc. 5 dans les cas graves. Il en est de même de PIC et DELORE, qui toutefois signalent, afin de montrer le peu de nocivité de l'essence de térébenthine, le cas d'une malade atteinte de broncho-pneumo-

nie qui, par erreur, en a reçu 25 cc. Elle eut une suppuration très étendue, mais guérit complètement. DIEULAFOY, LÉPINE, CHANTEMESSE, partisans des grosses doses, font 4 injections de 1 cc. chacune. Quant à nous, suivant l'exemple de BOISSARD, nous injectons d'emblée chez l'adulte, 4 à 5 cc. d'essence de térébenthine en une seule fois.

Chez l'enfant pour lequel longtemps l'essence de térébenthine fut considérée comme nocive à cause des réactions violentes et plus diffuses qu'elle entraîne, la plupart des auteurs préconisent de très petites doses, PIC et DELORE 1/2 cc. jusqu'à 5 ans, CELLARIER moins de 1/2 cc.

Quant à nous, épousant en cela l'avis de MONTAGNON, qui écrit dans le *Lyon Médical* : « J'ai l'impression que l'abcès de fixation est aussi bénin chez l'enfant que chez l'adulte et je n'hésite pas à en préconiser l'emploi », nous injectons une quantité à peine inférieure à celle utilisée chez l'adulte, soit 3 cc. à 3 cc. 5.

Nous ne donnerons pas notre avis sur les doses à injecter chez le tout jeune nourrisson, chez lequel nous n'avons jamais eu l'occasion de pratiquer des abcès de fixation.

3. LIEU DE L'INJECTION.

D'après nous, il faut choisir un endroit à tissu cellulaire très lâche où la peau glisse facilement et où l'abcès facile à surveiller et à panser, n'incommode pas trop le malade.

FOCHIER, persuadé que l'abcès doit être près de la lésion pour obtenir une révulsion ou une dérivation capable d'amender l'état local, préconise dans l'infection puerpérale, un point situé au milieu de la verticale qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure aux dernières côtes.

PIC et DELORE conseillent un point situé sur la ligne

qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, un peu en dehors du bord externe des grands droits.

Bien que BOURRET ait dit : « Au niveau de la face antéro-externe de la cuisse, il n'y a pas une grande épaisseur de tissu cellulaire sous-cutané. L'injection est d'emblée très douloureuse, d'autre part, dans nombre de cas, l'abcès ne semble pas avoir assez d'espace sous la peau pour se développer, il perfore les téguments avant d'avoir franchement suppuré, c'est-à-dire, avant d'avoir produit son effet », nous choisissons toujours cette région parce que nous avons le plus souvent affaire à des malades porteurs de cicatrices abdominales récentes, ou en raison de ce que fait remarquer très justement VIGNES : « La région abdominale ne doit pas être employée, car il y a par la suite impossibilité d'intervenir sur l'abdomen ».

L'injection est faite à la face externe de la cuisse, à l'union des $\frac{2}{3}$ inférieurs et du $\frac{1}{3}$ supérieur, sans aucun égard pour le fascia lata dont nous avons vu plusieurs fois, lors de l'ouverture de l'abcès s'éliminer de petits lambeaux, sans le moindre inconvénient pour l'avenir fonctionnel du membre.

4. TECHNIQUE DE L'INJECTION.

Il faut injecter en plein tissu cellulaire sous-cutané, ni trop profondément, ni trop superficiellement, pour éviter le muscle et le derme sous peine de nécrose ou d'escarre quelquefois, de vives douleurs toujours.

Comme lors de toute injection hypodermique, toutes les précautions d'asepsie doivent être prises, stérilisation de l'opérateur, de la surface opératoire et de l'instrument.

Pour éviter les plans profonds et superficiels, il suffit de faire un large pli à la peau, d'attirer ce pli à soi pour bien le séparer des plans sous-jacents, d'enfoncer obliquement l'aiguille à la base du pli, et pour plus de sûreté encore, de s'assurer avant de pousser l'injection

que l'aiguille est bien mobile, preuve qu'elle est réellement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Pour éviter la dissémination de l'essence de térébenthine à travers le derme, on aura soin, de ne pas employer pour l'injection l'aiguille ayant servi à aspirer l'essence et une fois l'injection faite, de laisser l'aiguille en place, de retirer la seringue, pour aspirer un petit peu d'air que l'on réinjectera de façon à ne pas laisser la moindre trace de térébenthine dans l'aiguille.

5. RÉACTION HABITUELLE.

Afin de faciliter l'exposé, nous diviserons l'évolution habituelle de l'abcès de fixation en 3 périodes :

a) *Période de début.*

La douleur débute le plus souvent dès la 6^e ou 10^e heure et passe par un maximum vers la 36^e heure. L'inflammation née au pourtour de l'injection, s'étend progressivement sur la cuisse, atteignant les limites de la face interne en avant et en arrière et allant souvent chez l'enfant et parfois chez l'adulte de la hanche au genou. A ce moment, l'abcès de fixation présente les signes de toute collection chaude que CELSE, il y a plus de 2.000 ans, avait ainsi résumé : « Calor, Tumor, Dolor, Rubor ».

b) *Période d'état.*

Vers le 3^e jour, la zone inflammatoire périphérique s'atténue, puis disparaît ainsi que la douleur. L'abcès se réduit à une masse fluctuante le plus souvent indolore, qui peu à peu se détache des plans profonds pour faire une saillie nette vers le 6^e ou 7^e jour. La douleur complètement disparue, la fluctuation apparaît et devient complète vers le 10^e ou 12^e jour.

c) *Phase de déclin.*

Cette phase que nous n'avons jamais observée parce

que nous incisons toujours, a été décrite en particulier par Bosc, qui lors de l'épidémie de grippe de 1919, pratiqua en Touraine de nombreux abcès de fixation. D'une façon générale, si l'injection térébenthinée a été faite correctement, en plein tissu cellulaire sous-cutané, l'ouverture spontanée est exceptionnelle et la résorption ou la persistance d'une petite induration indolore est la règle.

6. FORMES CLINIQUES.

De nombreuses formes cliniques ont été décrites : suivant l'intensité et le lieu de la réaction, suivant les modifications de la température ou suivant l'intensité de la douleur... Peu nous importe, puisque l'étude détaillée de toutes ces formes nous a paru plus ennuyeuse qu'utile et que nous nous sommes contentés d'attirer l'attention dans le courant d'un chapitre suivant sur celles qui présentent un intérêt particulier, du fait des indications que l'on est susceptible d'en tirer au point de vue pronostic.

7. RÉPÉTITION DES INJECTIONS.

C'est une façon de procéder que nous n'avons pas vérifiée puisque notre expérience porte uniquement sur l'abcès de fixation par injection unique. Malgré cela, il nous paraît recommandable, de réinjecter en cas de « non prise » du premier abcès, ou lorsque ce dernier bien collecté doit être incisé avant la fin de la maladie en cours.

Lorsque la réaction ne se produit qu'à la 3^e ou 4^e injection, il n'est pas rare de voir dans les jours suivants les autres abcès prendre, dans un ordre inverse de celui suivant lequel ils ont été pratiqués, comme si, disent PIC et DELORE : l'organisme avait été sensibilisé par la répétition des injections ». Ce fait d'observation est à rapprocher des phénomènes d'hyperergie des auteurs allemands.

Toutes les injections térébenthinées doivent être faites au même endroit afin d'éviter les abcès multiples et pour être plus sûr de voir l'abcès « prendre ».

MERLE, de Clermont, réinjecte à doses plus fortes, la plupart des auteurs utilisent les mêmes doses. Quant à nous, considérant les injections autres que la première comme « déchainantes » et bien que nous n'en avons pas l'expérience, il nous semble que les doses nettement plus faibles (1 à 2 cc.) soient suffisantes.

Le laps de temps qui doit s'écouler entre deux injections est très variable suivant les auteurs, 12 heures d'après FOCHIER, 24 heures d'après PIC et DELORE afin d'être certain que le premier abcès ne prend pas, c'est, nous semble-t-il, une conduite qui paraît la sagesse, à moins de cas d'extrême urgence.

8. RÉACTIVATION DE L'ABCÈS.

N'ayant jamais eu recours à cette méthode, nous nous contenterons d'en faire un très bref exposé. LE CALVÉ, de Redon, s'est servi pour réactiver chez des femmes, atteintes d'infections puerpérales, d'injections intra-musculaires ou sous-cutanées de lait ou de sang de la malade ou de lait ou de sang d'anciennes malades. A chaque fois, il dit avoir obtenu de bons résultats. Les abcès qui n'avaient pas pris se sont mis à se développer et qui plus est, les abcès mal collectés et incisés trop précocement se remettent à suppurer.

SORRENTINO, dans *Gynécologie et Obstétrique*, conseille lorsque l'abcès a plus tendance à régresser qu'à suppurer, de pratiquer des piqûres avec le thermocautère. Le thermocautère doit pénétrer dans la zone abcédée en plusieurs points sur 2, 3 et même 4 cm. de profondeur. La cautérisation est cruelle, dit-il, mais elle est recommandable et il faut l'essayer avant d'abandonner la partie.

9. INCISION DE L'ABCÈS.

Nous ne nous attarderons pas à démontrer la nécessité de l'incision que certains ont pourtant discuté. Pour

nous, ne pas inciser c'est aller au devant de décollements étendus et de complications toujours possibles.

a) *Quand faut-il inciser ?*

Certains auteurs incisent toujours le 7^e ou 8^e jour, d'autres 3 ou 4 semaines après le début. Pour nous, il n'y a pas de date fixe comme le montre le tableau récapitulatif inséré à la fin de nos observations. Il faut inciser ni trop tôt ni trop tard. Il faut attendre que l'abcès soit bien collecté et franchement fluctuant, en un mot, qu'il devienne un abcès de nécessité. Si l'on incise trop tôt, l'abcès mal formé contient surtout du tissu cellulaire nécrosé, du pus mal fait et son efficacité en est nettement diminuée. En incisant trop tard, on crée des décollements importants, pouvant entraîner des suppurations interminables.

b) *Comment inciser ?*

Pas d'incision large, pas de ponction, mais une ouverture de 3 ou 4 cm. faite au point déclive et suivant l'axe du membre suffit toujours à l'évacuation totale de la collection purulente. On peut, pour faciliter l'évacuation de l'abcès, avoir recours à une manœuvre d'expression douce qui n'est ni douloureuse, ni hémorragique. Pas de drainage, pas de pansements humides, mais un pansement sec aseptique renouvelé chaque jour et au bout d'une semaine la plaie fermée ne laisse qu'une petite cicatrice presque invisible.

Cette façon d'opérer, on ne peut plus simple, donne d'excellents résultats et l'on s'étonne un peu que certains auteurs aient pu préconiser :

- a) ouverture totale de l'abcès de haut en bas;
- b) excision minutieuse des tissus nécrosés;
- c) fermeture complète par des points totaux avec drainage minuscule.

DATE DE L'INJECTION TÉRÉBENTHINÉE

Question de la plus haute importance, car c'est souvent de la date de l'injection térébenthinée que dépend le succès de la méthode et partant la guérison du malade.

Trop souvent, l'abcès de fixation, cette thérapeutique « d'exception et du désespoir », n'est mise en œuvre que lors de la consultation préagonique, quand on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique anti-infectieuse. C'est en procédant de la sorte, que l'on discrédite la méthode et que l'on donne raison aux praticiens qui déniaient à l'abcès de fixation toute valeur curative (cas de l'observation n° 31).

De même dans notre observation n° 21, nous avons nettement l'impression d'avoir laissé passer le moment opportun et que si au lieu d'attendre le quatrième jour, date d'apparition d'un nouveau foyer pulmonaire, s'accompagnant cette fois d'une atteinte profonde de l'état général, nous avions dès le début du premier foyer, c'est-à-dire le deuxième jour, injecté l'essence de térébenthine, l'abcès aurait pris et la malade ne serait probablement pas morte. Il nous est impossible de donner des preuves objectives de ce que nous avançons, mais la clinique paraît nous donner raison, quand nous en rapprochons les observations n°s 18 et 19, dans lesquelles l'abcès de Fochier, pratiqué dès l'apparition des premiers signes stéthacoustiques, amena la guérison.

Il ne faut pas non plus injecter trop tôt, alors que l'affection ne présentant aucun caractère de gravité est

susceptible de guérir par d'autres méthodes plus simples ou même spontanément.

En résumé, il ne faut faire l'abcès de fixation, ni trop tôt, alors que la lutte « antixénique » de l'organisme ne fait que commencer, ni trop tard, quand l'organisme trop sensibilisé ou trop amoindri dans ses moyens de défense, n'est plus capable de la moindre réaction, c'est en somme une question de « flair et d'opportunité ».

Quelquefois même, entre l'état alarmant et l'état désespéré, le laps de temps est si court, que le moment d'application de l'injection térébenthinée devient une question d'heures que l'on risque de laisser passer en essais inutiles, du fait de la multiplicité des traitements actuellement proposés contre les infections.

EFFICACITÉ ET INDICATIONS DE L'ABCÈS DE FIXATION

Il serait absurde de croire que l'abcès de fixation dispense d'analyser ou de traiter chaque cas pathologique en particulier, toutefois, nous pensons que dans bien des cas c'est un complément utile, voire même indispensable du traitement de la lésion causale. Nous estimons donc, que le rôle du chirurgien n'est pas terminé dès la fin de l'opération, car c'est bien souvent à la surveillance de ses opérés, autant qu'à l'opération elle-même qu'il doit le succès.

Tâchant de suppléer à l'absence de bases scientifiques solides, par l'examen minutieux de nos observations, nous nous efforcerons au cours de ce chapitre de démontrer l'efficacité si souvent niée de l'abcès de fixation, de dégager ses principales indications en pratique chirurgicale abdomino-pelvienne et surtout, de bien préciser quels sont les tests qui décident de sa mise en œuvre.

D'après les résultats de nos observations personnelles et de quelques autres relevées dans la littérature, nous croyons pouvoir affirmer que l'abcès de fixation est particulièrement indiqué dans :

A. — LES APPENDICITES TOXIQUES.

Chez notre petit malade de l'observation n° 1, les symptômes d'ordre toxique ont pris nettement le pas sur tous les autres signes. Malgré l'intervention qui suppri-

me le foyer d'élaboration des toxines, on sait combien chez l'enfant, encore plus que chez l'adulte on doit redouter l'atteinte grave d'organes, tels, que le foie et le rein ou la défaillance soudaine de l'organisme. C'est dire, que très souvent, dans ces cas l'inquiétude préopératoire se prolonge bien au delà de l'acte chirurgical, si à ce dernier on n'a pas le soin d'adjoindre une thérapeutique destinée à suppléer les organes d'élimination plus ou moins déficients et à soutenir l'organisme dans sa lutte contre la mort. Il nous semble que l'abcès de fixation a rempli efficacement ce double rôle et qu'il a pris une part active dans la guérison de notre jeune malade. D'ailleurs, pourquoi vouloir refuser à l'abcès de Fochier un rôle antitoxique, alors que le Professeur PIC a démontré son action utile, souvent héroïque dans les intoxications par les toxalbumines qui développent dans l'économie, certains champignons et notamment l'Amonite Phalloïde.

B. — LES PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES.

Dans notre groupe d'observations de péritonites où l'abcès de fixation semble avoir donné entière satisfaction il est extrêmement important de remarquer que :

1° Les origines des infections péritonéales sont très variées :

Rupture d'abcès appendiculaire dans l'observation n° 9.

Rupture de kyste de l'ovaire dans les observations n°s 10 et 11.

Perforation appendiculaire en 2 temps dans l'observation n° 8.

Perforation de la vésicule biliaire dans l'observation n° 12.

2° Les malades sont aussi bien des enfants que des adultes :

Perforation appendiculaire chez un enfant de 22 mois dans l'observation n° 2.

Perforation appendiculaire chez un enfant de 8 ans dans l'observation n° 4.

Diffusion microbienne au cours de l'intervention chez un adulte de 55 ans dans l'observation n° 6.

3° La nature des germes, en cause ou des liquides épanchés est très différente :

Staphylocoque blanc dans l'observation n° 10.

Anaérobies dans l'abcès appendiculaire de l'observation n° 9.

Contenu d'un kyste de l'ovaire suppuré dans l'observation n° 11.

Contenu de la vésicule biliaire dans l'observation n° 12.

C'est dire, que sans rassembler toutes les causes et les formes possibles de péritonites, puisque n'y figurent pas d'observations de péritonites par perforation d'ulcère ou de diverticule de Meckel, de péritonites typhiques ou gonococciques, pour ne citer que les principales, notre groupe d'observations nous permet néanmoins de tirer d'importantes conclusions, quant à l'efficacité de la méthode de Fochier en tant que complément du traitement chirurgical de la lésion causale.

Nous avons tous constaté, que les malades atteints de péritonites généralisées présentent fréquemment une défense très mauvaise. L'enfant dont le péritoine se défend mal et accueille avec facilité les infections chez lequel les complications toxiques sont fréquentes et souvent précoces (observation n° 2 où dès avant l'intervention l'atteinte toxique se révèle déjà par l'ulcération de la muqueuse bronchique), est encore plus exposé que l'adulte. Dans tous les cas, soit qu'il s'agisse d'une défaillance soudaine de l'organisme, d'une atteinte toxique du foie ou du rein, de troubles de l'équilibre humoral comme dans

l'observation n° 11, l'abcès de Fochier nous a donné des résultats inespérés, alors que toutes les autres méthodes seraient restées inopérantes. D'ailleurs, AUDAIN, dans sa thèse, avait déjà entrevu la question puisqu'il préconisait l'application de la médication « leucogène », dont l'abcès de fixation est le plus illustre représentant, à titre préventif « à chaque fois qu'une intervention a été un peu laborieuse ou qu'il est survenu au cours de l'opération un incident point de départ possible d'une infection, par exemple : rupture d'une poche suppurée dans le péritoine, appendicites avec fortes adhérentes ou insuffisamment refroidies », et à titre curatif « après l'intervention chez les malades déjà infectés, en particulier après les interventions pour péritonites généralisées ou pleurésies purulentes ».

De tout ce qui précède, on doit retenir qu'au cours des péritonites, quelle que soit leur origine, quelle que soit la nature du germe en cause, à chaque fois que le malade inspire une vive inquiétude qui oblige à frapper vite et fort l'abcès de fixation lorsqu'il « prend bien » est souvent pour ne pas dire toujours le point de départ de l'amélioration. C'est un adjuvant efficace du traitement chirurgical de la lésion causale, qui stimule l'organisme, qui aide à l'élimination des déchets toxiques, qui, en un mot, facilite et hâte la guérison.

C. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES POST-OPÉRATOIRES.

Dans ce chapitre, nous ne nous occuperons bien entendu que des accidents infectieux, soit généralisés, soit localisés et à distance, qui peuvent éclater après une intervention qui, de prime abord, ne semblait pas particulièrement grave ou particulièrement septique.

Parmi les accidents localisés et à distance, les infections broncho-pulmonaires sont la complication la plus redoutée, tant par leur fréquence que par leur gravité.

Imprévisibles, elles peuvent survenir à la suite de l'intervention la plus bénigne, mais c'est avec une particulière constance qu'elles apparaissent après les interventions sur les organes de l'étage sus-mésocolique et en particulier après les interventions gastriques. C'est à dessein, que nous avons groupé nos 4 observations de complications pulmonaires après gastrectomie survenues chez des malades dont la préparation préopératoire avait été particulièrement soignée (vaccination par 3 Propidons, extraction de chicots dentaires ou détartrage dentaire selon les cas) et où deux fois, malgré toutes ces précautions, l'évolution fut fatale (obs. n^{os} 20 et 21).

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de préciser la pathogénie de ces accidents, toutefois sans négliger le rôle joué par l'anesthésie, par le déséquilibre vago-sympathique, par la libération des protéines hétérogènes au niveau des tissus contus, on peut dire que l'étiologie des accidents pulmonaires post-opératoires relève d'une infection. De suite, on conçoit dans ce domaine l'efficacité de l'abcès de fixation (observations n^{os} 17, 18 et 19) qui, outre son pouvoir de dérivation ou de fixation microbienne, stimule l'organisme, lui permettant ainsi de lutter avec plus de chances de succès. Il ne faudrait pas, de ce qui précède, déduire que l'abcès de Fochier est capable de guérir n'importe quel accident pulmonaire post-opératoire, car non seulement on subirait des échecs certains, mais qui plus est, on risquerait dans quelques cas comme l'œdème pulmonaire par exemple, de priver les malades de traitements spécifiques susceptibles de les sauver.

D'accidents généralisés, nous ne relevons que 2 observations dignes d'intérêt, l'une après kystérectomie pour fibrome (obs. n^o 15), l'autre après inondation péritonéale par hémorragie du corps jaune (obs. n^o 16). Malgré cela il n'en est pas moins vrai, que dans ces deux cas où les manifestations post-opératoires étaient disproportionnées avec la gravité présumée de l'acte chirurgical, nous avons

l'impression d'avoir sauvé nos malades grâce à l'injection térébenthinée.

D. — LES INFECTIONS PUERPÉRALES.

En traitant abondamment des relations de l'abcès de fixation et de l'infection puerpérale, nous avons l'impression de jouer le rôle de la mouche du coche « au bourdonnement inutile et déplaisant », et si, nous n'avons pas purement et simplement éliminé de ce chapitre, toutes les infections d'origine puerpérale c'est à seule fin de donner la statistique complète du chirurgien qui nous a inspiré ce travail.

Comme dans tous les paragraphes précédents, nous n'envisageons l'abcès de fixation que comme complément du traitement propre à chaque cas particulier (cas de l'observation n° 23 où l'abcès de fixation ne fut pratiqué qu'après curetage évacuateur de l'utérus).

D'une façon générale, l'abcès de fixation nous a donné d'excellents résultats (observations n°s 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 et 30), aussi nous l'employons toutes les fois, que nous avons à soigner une forme grave de l'infection puerpérale. Nous considérons comme signes de gravité : début précoce de l'infection, l'hyperthermie élevée avec pouls rapide, l'insomnie et la prostration, sans attacher la moindre importance au résultat de l'hémoculture.

Toutefois, on doit se souvenir qu'il existe des formes, assez rares il est vrai, d'infections puerpérales à début tardif, qui n'en sont pas moins graves et où l'abcès de fixation est formellement indiqué. Il en sera de même de certaines formes où l'on soupçonne la présence d'anaérobies et en particulier dans les formes phlébitiques.

Dans les formes avec foyer de localisation, nous préférons la bactériothérapie à l'abcès de fixation en raison du pronostic moins sévère de ces affections et des bons résultats obtenus par les vaccins.

E. — LES SEPTICO-PYOHÉMIES.

Notre observation n° 22 n'est pas assez démonstrative en raison de l'incertitude du diagnostic, aussi nous adresserons-nous à celle que NOSTA et TATARU ont publié dans la revue de chirurgie de Bucarest : « Malade entrée à l'Institut de chirurgie Roi-Carol II, presque 2 mois après un accouchement. A son arrivée, outre 3 collections purulentes (sein, fosse ischio-rectale, périnée) elle présente des frissons, des sueurs, de l'oligurie, une température élevée et oscillante, de l'inappétence avec état général très mauvais. Les hémocultures sont toujours restées négatives.

Traitement :

- a) Vaccin Delbet pendant 10 jours,
- b) Rubiazol injectable et rubiazol per os pendant 7 jours,
- c) Septicémie intra-veineuse pendant 4 jours,
- c) Septicemine intra-veineuse pendant 4 jours,

Malgré tous ces traitements, la température reste à 40 avec grandes rémissions matinales et l'état général ne s'améliore pas. On se décide alors à faire un abcès de fixation qui « prend bien » et qui amène rapidement la guérison.

Cette observation est doublement intéressante, car outre l'extrême efficacité de l'abcès de fixation, elle montre l'impuissance de certaines thérapeutiques dont les essais n'ont souvent pour effet que de laisser passer le moment opportun où l'abcès de Fochier devrait être tenté.

F. — LES PHLÉBITES SUPPURÉES.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur l'efficacité de l'abcès de fixation au cours des phlébitis suppu-

rées, par contre GODLEWSKI, dans la *Provence Médico-Chirurgicale* en a publié 3 belles observations de guérison.

Arrivé au terme de notre étude, nous pensons avoir démontré clairement l'efficacité de l'abcès de fixation, au moins dans les affections où nous avons été à même de le pratiquer. Certes, il nous est impossible de donner des arguments scientifiques, mais peu importe, puisque son action curative est certaine et que dans ce domaine « Expérience passe Science ».

La liste des indications, n'est à notre avis pas close et tout porte à croire que dans l'avenir d'autres affections viendront s'y ajouter. Nous n'en voulons pour preuve que celle qui nous est apportée par les cas de septico-pyohémies et de phlébites suppurées qui n'auraient pas figuré dans nos indications si nous nous étions basés uniquement sur notre expérience personnelle de la méthode jusqu'à ce jour.

Reste donc à préciser, quels sont les tests qui décident de la mise en œuvre de l'abcès de fixation... Il n'y en a pas et l'emploi de l'abcès de Fochier sera décidé moins sur des examens de laboratoire que sur l'impression clinique fournie par l'examen minutieux du malade. Nous ferons donc l'abcès de fixation, à chaque fois que l'on aura l'intuition « professionnellement orientée » d'un état cliniquement grave, lié à une infection ayant tendance à se généraliser et quel qu'en soit le siège.

En résumé, l'abcès de fixation est une thérapeutique active, donnant parfois des résultats inespérés, mais dont on ne possède malheureusement pas de tests biologiques qui en posent l'indication.

VALEUR PRONOSTIQUE DE L'ABCÈS DE FIXATION

S'il existe des sceptiques quant à la valeur curative de l'abcès de Fochier, l'accord est pratiquement fait pour accorder à l'injection térébenthinée une valeur pronostique absolue.

BOUCHARD, au cours de magnifiques expériences, a montré que seuls réagissent, sous forme d'abcès, les animaux légèrement infectés, donc ceux qui ont le plus de chances de guérir, alors, que dans les cas où la réaction manque en raison de l'inoculation trop virulente ou de l'immunité trop affaiblie, la mort survient le plus souvent...

Le Professeur BORDET, de Bruxelles, refusant à l'injection térébenthinée toute valeur curative, estime que l'on ne devrait pas dire :

le malade guérit parce que l'abcès a pris, ou

le malade meurt parce que l'abcès n'a pas pris,

mais :

l'abcès prend parce que le malade va guérir, ou

l'abcès ne prend pas parce que le malade va mourir.

Pour cet auteur, qui propose de remplacer le terme d'abcès de fixation par celui « d'abcès de traduction de l'infection », l'abcès de Fochier ne fixerait pas l'infection mais en traduirait seulement le degré.

GRENIER fait une comparaison suggestive empruntée à la chimie. « Plongez, dit-il, dans une solution de cris-

talloïder, un fragment de même cristal : précipitation immédiate. La térébenthine paraît jouer vis-à-vis des globules blancs un rôle d'appel, de stimulation équivalent qui ne se ferait peut-être pas sans elle. » A la lumière de cette comparaison on s'explique fort bien que dans les cas, où l'appel térébenthiné reste sans réponse, c'est que la défense, la leucocytose, selon GRENIER, est tellement déficiente que le pronostic du malade peut être considéré à coup sûr comme fatal.

Tout ce qui précède, plaide en faveur de la valeur pronostique indiscutable de l'abcès de Fochier, que confirme d'ailleurs l'examen attentif de nos observations. En effet, les 4 cas de mort (obs. n^{os} 9, 20, 21 et 31) sont les seuls où l'injection térébenthinée n'avait témoigné d'aucune réaction. Coïncidence heureuse pourront dire certains, si toutefois il est permis de s'exprimer ainsi... A ce sujet, il nous semble que l'observation n^o 20 mérite une attention particulière, car bien que l'appel térébenthiné soit resté sans écho, l'amélioration fut si nette pendant plus de 4 jours, que la clinique permettait d'envisager la guérison du malade. Quand, brusquement, le soir du cinquième jour, la mort vint donner un terrible démenti à ceux qui espéraient et confirmer ce que la « non prise » de l'abcès de Fochier avait laissé entrevoir.

Nous tenons à faire remarquer, qu'il ne faut pas uniquement considérer le fait que l'abcès prend ou ne prend pas, mais encore la façon dont il prend. C'est un élément de pronostic de toute première valeur, qui nous renseigne selon AUDAIN, non seulement sur la quantité des globules blancs mais aussi sur leur qualité. C'est l'extériorisation de ce que cet auteur a appelé « l'appétit phagocytaire ». L'observation n^o 22 illustre à merveille ce que nous avançons : alors que l'on redoutait le pire devant l'éclosion imminente d'une septicopyohémie, la réaction violente et ultra rapide (forme phlegmonneuse) de l'injection térébenthinée qui, en moins de 6 heures, s'étendait déjà à presque toute la face externe de la cuisse, a

dissipé toutes nos inquiétudes et amélioré rapidement cette situation presque désespérée.

Bien qu'il soit difficile de juger chez les sujets ayant de la fièvre, l'influence de l'abcès de fixation sur la température, nous insisterons sur le pronostic très favorable que l'on doit porter dans les cas où l'abcès de Fochier transforme une fièvre continue ou rémittente à petites oscillations, en fièvre intermittente ou à grandes oscillations, même si les maxima sont plus élevés qu'ils ne l'étaient auparavant (obs. n^{os} 7, 10, 14, 21, 23 et 27).

De tout ce qui précède, nous déduisons que la valeur pronostique de l'abcès de Fochier est absolue et que sa non prise équivaut à un arrêt de mort. Nous considérons la conservation du pouvoir pyogène comme un signe de défense vraie qui permet d'envisager l'avenir avec sérénité, même chez des malades où l'aspect clinique laisse redouter le pire.

Par contre, ne voir dans la pratique de la méthode de Fochier qu'un intérêt pronostic, c'est non seulement une grave erreur, mais l'interdiction formelle de son emploi, car, comme le dit VIGNES avec juste raison : « faire un abcès uniquement pour en tirer un élément pronostic, c'est infliger une complication pour une curiosité ».

CONTRE-INDICATIONS DE L'ABCÈS DE FIXATION

Tout au long de ce chapitre, il importe de ne point perdre de vue, que nos malades sont, avant tout, des opérés, donc en général, à moins d'extrême urgence, des sujets capables de supporter sans dommage une intervention chirurgicale et soignés en maison de santé, c'est-à-dire surveillés attentivement par un personnel éprouvé.

La méthode de Fochier a toujours eu de nombreuses contre-indications que nous passerons en revue dans le seul but de démontrer leur inexactitude.

Fochier, le père de la méthode, pensait que la présence d'une suppuration antérieure représentait une contre-indication en vertu du vieil adage « Pus contre pus ne vaut ». Ce n'est pas là une règle absolue, bien au contraire. PIC et DELORE ont, durant la grande guerre, démontré que l'abcès de fixation était susceptible d'améliorer des blessés en pleine suppuration.

Là question de l'âge, a depuis plus d'un demi-siècle été maintes fois agitée. De nombreux auteurs et non des moindres ont longtemps refusé aux jeunes enfants et aux vieillards, le bénéfice d'une thérapeutique efficace. Cet ostracisme nous paraît injustifié et pour nous le grand âge, loin d'être une contre-indication, est un renforcement de l'indication de la méthode de Fochier, dans le but de soutenir un organisme que les ans ont privé de la plupart de ses moyens de défense.

La tare hépato-rénale longtemps considérée comme.

une contre-indication, du fait que l'essence de térébenthine était irritante pour le rein en s'éliminant par l'urine, n'a plus sa raison d'être depuis que GOTTELAND, dans sa thèse, a montré l'action favorable de l'abcès de fixation, au cours des néphrites infectieuses aiguës et depuis que l'on reconnaît à l'abcès de Fochier un pouvoir d'élimination et de fixation capable de suppléer certains organes déficients.

Chez les diabétiques, où l'abcès de fixation était soit disant générateur de décollements énormes et de suppurations interminables, la méthode est de nos jours couramment employée grâce à l'action conjuguée de l'insuline. Pourquoi serait-il plus permis de priver ces malades d'un abcès de fixation formellement indiqué que d'une opération parce que le diabétique est toujours menacé d'infection ou d'acidose ?

Les auteurs ont examiné les cas, où l'abcès de fixation est plus discuté que contre-indiqué, du fait qu'il est plus nuisible qu'utile. Rentrent dans cette catégorie, les déli-rants arrachant leurs pansements, les porteurs d'escarres, les malades souillant leur linge et les malades soignés à domicile (le plus souvent des malades atteintes d'infections post-abortum ou port-partum) dans un milieu plus ou moins propre. A ce sujet, nous ne pouvons que citer, car il s'agit de malades non chirurgicaux dont nous n'avons aucune expérience.

Nous terminerons en affirmant qu'il n'y a pas de contre-indications de l'abcès de fixation, mais seulement des cas, où la bénignité de l'affection ne nécessite pas sa mise en œuvre. Il peut donc être inutile, mais il n'est jamais dangereux.

COMPLICATIONS ET ACCIDENTS DE L'ABCÈS DE FIXATION

Le 22 janvier 1926, devant la Société médicale des Hôpitaux de Paris, COMBY, à l'instar du procès qu'HUCHARD avait fait au vésicatoire en 1896, fit celui de l'abcès de fixation.

« Je n'ai jamais pu comprendre que ce traitement barbare sans base scientifique, purement empirique, ait pu prendre tant de place dans la médecine contemporaine. »

Deux mois après sa philippique, revenant à la charge, il apportait devant cette même société un cas de mort par abcès de fixation.

D'après nous, la méthode de FOCHIER peut dans quelques cas exceptionnels être génératrice de petits méfaits, mais, dans l'ensemble les griefs de COMBY sont exagérés. Nous passerons en revue tous les arguments employés contre l'abcès de fixation, dans le seul but de les réfuter et de montrer que la plupart des accidents signalés sont dus à des fautes de technique.

Les douleurs que COMBY a qualifiées « d'intolérables pour peu que le malade ne soit pas dans une insensibilité préagonique » et qui servent de base aux détracteurs de la méthode, sont en général dues à ce que l'injection térébenthinée au lieu d'être faite en plein tissu cellulaire sous-cutané est poussée uniquement dans le derme.

Lorsque l'aiguille est bien mobile, en plein tissu cellulaire sous-cutané, l'injection est à peu près indolore;

voici d'ailleurs ce que MONTAGNON, s'adressant à des enfants du premier âge, écrit dans le *Lyon Médical* : « J'ai provoqué aussi des abcès de fixation sans entendre le moindre cri et d'autant moins que les enfants sont plus jeunes : il n'y a aucune comparaison à établir avec les scènes bruyantes même de la vaccination ».

D'ailleurs, l'élément douleur est une objection du même ordre que celle que l'on pourrait faire à beaucoup d'opérations chirurgicales et pourtant, il n'est venu à l'idée de personne de renoncer à ces interventions pour ne pas faire souffrir le malade.

Les escarres, les délabrements, les grandes incisions sont des complications provenant d'une technique défectueuse. Alors que les escarres sont dues à une injection trop superficielle, les délabrements et les grandes incisions tiennent à ce que l'on n'a pas su choisir le moment propice pour inciser.

Les suppurations interminables, engendrées toujours par l'infection secondaire de la poche purulente proviennent le plus souvent d'une incision trop précoce qui n'a donné issue qu'à une petite quantité de pus « mal fait » ou de l'application de pansements humides et septiques.

Les hernies musculaires, les décollements énormes sont le résultat d'une injection maladroite, faite en pleine zone aponévrotique, et dont une large étendue se trouve de ce fait détruite. ESBACH et le lieutenant-colonel JUNQUET attribuent ces accidents, au lever intempestif; c'est une façon de voir que nous n'avons jamais eu l'occasion de vérifier.

Le cas de COMBY, où le malade est mort d'un abcès de fixation ayant entraîné des décollements jusqu'au creux poplité et des hémorragies profuses n'est pas dû, comme certains ont pu le croire, à ce que la dose d'essence de térébenthine injectée était trop élevée, mais à ce que « le 29 juin, le Docteur JAUREGUI avait injecté profondément à la face externe de la cuisse 2 cc. d'essen-

ce de térébenthine », chez un malade où l'indication de l'abcès de Fochier était discutable, puisqu'il s'agissait d'un dément précoce.

Pour combattre l'abcès de fixation, on a de nos jours où l'appareil vestimentaire a tendance à se réduire à sa plus simple expression, invoqué l'argument esthétique. C'est d'après nous un argument d'aucune valeur qu'il est permis d'invoquer lorsqu'il s'agit d'une méthode préventive comme la vaccination mais qui s'efface dès que la vie est en jeu. En effet, l'abcès de fixation ne s'adresse qu'à des malades pour la plupart dans un état si grave que la mort les guette. La crainte d'une cicatrice devient dans ces cas une préoccupation de seconde zone. Laisset-on mourir un malade d'appendicite pour lui éviter une cicatrice ? Ne vaut-il pas mieux vivre avec une cicatrice que de mourir avec la peau intacte ?

Au terme de cette longue énumération, l'impression qui se dégage est que ces accidents dus en général à des erreurs de technique, sont pour la plupart, pour ne pas dire tous, parfaitement évitables.

En conclusion, nous dirons que les légers inconvénients qui, malgré une technique rigoureuse, peuvent néanmoins subsister pèsent bien peu dans la balance à côté des avantages réels et des résultats positifs extrêmement brillants de la méthode de Fochier.

DE LA VALEUR COMPARÉE DE L'ABCÈS DE FIXATION AVEC LES SULFAMIDES, SÉRUMS ET VACCINS

En précisant les indications de l'abcès de fixation, comme nous l'avons fait dans un chapitre précédent, nous croyons avoir suffisamment défini sa place et son rôle, en face des autres glandes thérapeutiques anti-infectieuses.

1° Les sulfamidés, si intéressants soient-ils, ne sont pas efficaces dans tous les cas. Il en est où ils sont mal tolérés d'emblée, et où s'obstiner à les utiliser conduirait à un désastre. C'est le cas de notre obs. n° 26. D'autre part, dans les états où l'élément toxique prédomine sur l'élément infectieux, avec signes d'insuffisance hépatique et rénale, les sulfamides sont loin d'être sans danger et, de toute façon, ne pourraient être utilisés qu'à faible dose. C'est pour ces deux ordres de faits, que nous avons eu recours à l'abcès de fixation et renoncé aux sulfamides comme thérapeutique anti-infectieuse générale.

Toutefois, une distinction importante est à établir. Dans les états toxi-infectieux où les sulfamides par la bouche ou en injections intra-musculaires nous paraissaient trop dangereux, nous n'avons pas renoncé à leur emploi local. C'est le cas des obs. n°s 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15.

Nous pensons d'ailleurs de la sorte, utiliser au mieux, deux données que l'expérience confirme chaque jour : les sulfamides sont beaucoup plus bactériostatiques que

bactéricides; les sulfamides sont indéniablement toxiques pour le foie et le rein.

2° Opposer l'abcès de fixation aux sérums et aux vaccins n'aurait aucun sens. Nous utilisons précisément les observations d'un chirurgien, pour lequel la vaccination pré-opératoire polyvalente est devenue une règle en gastroentérologie et en gynécologie. Elle a considérablement amélioré ses résultats depuis trois années. Elle n'a cependant pas supprimé tous les accidents infectieux post-opératoires et ce sont ceux-là seulement qui apparaissent dans notre thèse. (Obs. n^{os} 15, 18, 19, 20, 21, 22.)

La sérothérapie post-opératoire, ne pouvait vraiment pas être utilisée dans tous les cas que nous rapportons, puisque le germe n'avait pas été identifié, ou ne l'a été que tardivement, soit par une hémoculture, soit par la mise en culture du pus prélevé dans le péritoine (obs. n^o 10) alors que l'abcès de fixation était déjà mis en œuvre.

3° On pourra nous reprocher de n'avoir pas tenté une association de l'abcès de fixation, soit avec les sulfamides, soit avec un sérum ou un vaccin. Dans les cas que nous avons choisi pour le pratiquer, cette association nous semblait dangereuse. N'en possédant pas d'expérience personnelle, nous ne prétendons pas porter sur elle un jugement, bien qu'elle nous paraisse, à priori illogique.

METZGER considère que, dans les infections puerpérales, il faut avoir confiance en l'abcès de fixation et savoir attendre la réaction favorable qu'on empêcherait de se produire en adjoignant à l'abcès de fixation des traitements variés.

VINCENT, d'autre part, écrit qu'il est extrêmement fâcheux quand on injecte du sérum antistreptococcique de faire un abcès de fixation.

NETTER, au contraire, cite des exemples où l'association sérum et abcès de fixation, a donné des résultats que le sérum seul n'avait pu obtenir.

LECÈNE chez un septicémique combine l'abcès de fixation et la bactériothérapie.

Encore une fois, nous ne pouvons que citer, ayant délibérément utilisé l'abcès de fixation sans traitement anti-infectieux associé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Appendicite aiguë chez un enfant.

Enfant Claude P..., âgé de 18 mois, arrive le 21 octobre 1942, avec tous les signes d'une appendicite aiguë grave : température à 38°5, pouls dissocié, pâleur. Cet enfant, un mois auparavant, a dû subir une première anesthésie pour fracture des 2 os de l'avant-bras et a mal supporté l'immobilisation plâtrée.

Intervention d'urgence sous chloroforme. Le 3^e jour, signes pulmonaires diffus sans foyer net et grosse aggravation de l'état général. Température à 40°, pouls à 170. Abscès de fixation. Pendant 3 jours enfant moribond avec tableau de syndrome secondaire malin. Puis la température baisse, le pouls, en dépit de gros clochers, se régularise. Incision de l'abcès le 3 novembre. Sort le 11^e jour après son début. Guérison.

OBSERVATION N° 2

Péritonite par perforation appendiculaire chez un enfant.

Enfant Claude P..., âgé de 22 mois, présente un syndrome appendiculaire évoluant depuis 48 heures, avec signes pulmonaires diffus bilatéraux.

Intervention d'urgence le 20 octobre 1942. Anesthésie au chloroforme. Péritonite généralisée, pus gris sale. Appendice perforé. Quatre mèches et 1 drain. Abscès de fixation le surlendemain de l'intervention, qui sera incisé le 30 octobre. Guérison.

OBSERVATION N° 3

Péritonite appendiculaire chez un enfant.

Enfant Lucette C..., âgée de 8 ans, nous arrive le 9 mai 1943 avec une tableau de péritonite appendiculaire s'accompagnant de très mauvais état général.

Intervention sous chloroforme. Péritonite généralisée. Quatre mèches et 1 drain. Deux gr. d'Exoseptoplix dans le péritoine. Abscès de fixation immédiat. Dès le soir de l'intervention, pouls incompressible qui restera entre 170 et 180 pendant plusieurs jours, en dépit des toni-cardiaques et de l'extrait cortico-surrénal. Enfant moribonde. Amélioration très lente sur plusieurs semaines, avec grosses irrégularités du pouls et souffle de la pointe, qui font redouter, soit une endocardite rhumatismale, soit une endocardite maligne. Incision de l'abcès le 11^e jour. Guérison.

OBSERVATION N° 4

Péritonite par perforation appendiculaire.

Guy R..., âgé de 8 ans, entre le 26 avril 1943, présentant un syndrome appendiculaire aigu avec température à 39° et pouls à 130.

Intervention : Appendice perforé, liquide purulent et fétide dans la grande cavité. Un drain, 1 mèche, 2 gr. d'Exoseptoplix. Abscès de fixation immédiat. Très mauvais état général pendant 3 jours avec température entre 39° et 40°. Pouls à 150. Adrénaline associée. Incision le 10 mai, soit le 14^e jour. Guérison.

OBSERVATION N° 5

Péritonite appendiculaire avec accident septique tardif.

L'enfant Michiel V..., âgé de 7 ans, arrive le 7 décembre 1943, en pleine péritonite appendiculaire. Température à 38°2. Pouls à 130.

Intervention : Incision de Mac Burney élargie sous chloroforme.

Deux drains dans le Douglas et 3 mèches imbibées de sérum anti-gangréneux. Suites d'abord simples. Au 9^e jour, après ablation des mèches, brusque éviscération avec très grosse atteinte de l'état général. Sans anesthésie, deux mèches sont remises en place et glace sur le ventre. Quelques heures plus tard, apparaît un gros foyer de la base droite. Un état toxi-infectieux sévère s'installe. Absès de fixation d'urgence. Il prend rapidement et sera incisé 7 jours plus tard. Après plusieurs jours extrêmement critiques, guérison. Il n'a pas été pratiqué d'hémoculture.

OBSERVATION N° 6

Appendicite avec plastron en voie de constitution.

Mme B..., 55 ans, arrive le 18 août 1943, pour une volumineuse masse de la fosse iliaque droite, des douleurs évoluant depuis quatre jours et une température à 38°8. Hésitant sur le diagnostic, on pratique d'abord une pyélographie ascendante qui permet d'éliminer une affection rénale.

Intervention : Anesthésie au Schleich. Incision médiane sous-ombilicale : il s'agit d'une appendicite gangréneuse, avec ébauche de plastron. L'infection est donc diffusée à tout le péritoine et la barrière épiploïque qui s'ébauchait, détruite. Ablation de l'appendice. Mickulicz. Un drain, 4 gr. d'Exoseptoplix. Absès de fixation immédiat qui se constitue très rapidement. Incision le 8^e jour. Guérison. La malade quitte la maison de santé le 27^e jour.

OBSERVATION N° 7.

Péritonite appendiculaire chez un adulte.

Monsieur P..., 41 ans, arrive le 30 mars 1943 avec une appendicite aiguë évoluant depuis 48 heures. Très mauvais état général.

Intervention : Anesthésie locale. Un drain, 4 mèches, 4 gr. d'Exoseptoplix. Absès de fixation immédiat qui rapidement devient très volumineux et est incisé le 7^e jour. Guérison. Le malade sort de la maison de santé 21 jours après l'intervention.

OBSERVATION N° 8

Péritonite appendiculaire en 2 temps.

M. G..., âgé de 18 ans, arrive le 6 août 1942. Tableau d'appendicite évoluant depuis 4 jours.

Intervention d'urgence. Anesthésie au Schleich. Appendice géant entouré d'épiploon, avec péritonite généralisée. Il semble d'après l'histoire clinique, qu'un plastron s'ébauchait quand la reprise des douleurs a marqué la perforation secondaire. Un drain, 4 mèches et 4 gr. d'Exoseptoplix. Abscès de fixation immédiat. Pendant 10 jours, tableau de sub-occlusion en dépit du sérum hypertonique à la fois en goutte à goutte et intra-veineux. Très volumineux abcès de fixation incisé le 11^e jour. Guérison.

OBSERVATION N° 9

Péritonite par rupture d'abcès appendiculaire.

Mme T..., 48 ans, est vue d'urgence le 12 août 1943. Il semble que se soit constitué depuis 7 jours un abcès appendiculaire qui vient de se rompre. Très mauvais état général.

Intervention : Anesthésie au chloroforme. Péritonite généralisée. Quatre mèches, 1 drain, 4 grammes d'Exoseptoplix. Abscès de fixation immédiat qui ne prend absolument pas. Aggravation brusque le 6^e jour et mort le 7^e avec une température à 40°2 et un pouls à 150.

OBSERVATION N° 10

Péritonite généralisée par kyste de l'ovaire rompu.

Mme D..., 58 ans, est vue le 1^{er} février 1943 avec un diagnostic hésitant : défense très marquée, douleur du Douglas, température à 39°2, état de shock très accentué.

Intervention d'urgence sous Schleich. Incision médiane sous-ombilicale. Kyste de l'ovaire gauche avec péritonite généralisée. Ablation de cet ovaire. Mickulicz, drain et Exoseptoplix. Abscès de

fixation immédiat. Le soir de l'intervention, malade moribonde, température à 37°8, pouls à 150. Dès le lendemain, l'abcès de fixation « prend » et l'état général s'améliore. Température très oscillante jusqu'au 19^e jour. Puis descente en lysis. Incision de l'abcès le 9^e jour. Guérison.

L'examen du liquide péritonéal prélevé au cours de l'intervention a montré la présence de pus et de staphylocoque blanc. L'examen histologique du kyste n'a montré aucun signe de dégénérescence. Il n'a pas été fait d'hémoculture.

OBSERVATION N° 11

Rupture opératoire d'un kyste de l'ovaire suppuré.

Mlle M..., 38 ans, gibbeuse, est mise en observation pour une volumineuse masse pelvienne que l'on croit être un fibrome.

Intervention le 21 avril 1943, sous rachi-anesthésie. Il s'agit en fait d'un kyste de l'ovaire droit, très adhérent, qui se rompt au cours des manœuvres de libération et inonde de pus le péritoine. Hystérectomie sub-totale. Quatre gr. d'Exoseptoplix, drain et Mikulicz. Le lendemain de l'intervention, très mauvaise impression. Pouls à 138. Etat infecté. Abscessus de fixation. Pendant 3 ou 4 jours, poussée d'azotémie post-opératoire grave avec dilatation aiguë de l'estomac. Incision de l'abcès de fixation le 8 mai. Guérison.

OBSERVATION N° 12

Perforation de la vésicule en 2 temps.

Mme M..., 60 ans, est vue le 4 juin 1942 : tableau d'occlusion intestinale confirmée avec arrêt des matières et des gaz depuis 36 heures. Dix jours auparavant, la malade a présenté une douleur vive et des vomissements qui ont paru tourner court. Aucun antécédent digestif.

Intervention d'urgence sous rachi-anesthésie. Plusieurs litres de liquide trouble et verdâtre dans la grande cavité péritonéale. Vésicule calculeuse perforée. (Il semble s'agir d'une cholécystite aiguë

avec abcès, qui s'est rompu secondairement dans la grande cavité.) L'état de la vésicule est tel qu'une cholécystostomie est impossible. L'état général est si médiocre qu'on renonce à faire une cholécystectomie. La vésicule est donc laissée en place. Mickulicz et drain. Absès de fixation immédiat incisé le 14^e jour. Guérison.

OBSERVATION N° 13

Cholécystite suppurée.

Mme C..., 56 ans, est vue le 1^{er} mai 1943. Température à 39°. Pouls à 98 : on hésite entre appendicite et cholécystite aiguë.

Intervention d'urgence sous chloroforme. Incision de Mac Burney. L'appendice est sain. L'incision est prolongée jusqu'au grill costal et l'on découvre une volumineuse vésicule scléro-lipomateuse, prête à se rompre. Cholécystectomie : liquide franchement trouble. Un accident de laboratoire ne permet pas d'identifier le germe. Vingt-six calculs. Drain et sac de Mickulicz. En raison du très médiocre état général, on pratique le soir même un abcès de fixation qui se collecte très rapidement. Incision le 9^e jour. Guérison. La malade quitte la maison de santé le 19^e jour après l'intervention.

OBSERVATION N° 14

Cholécystite calculieuse avec néoplasme surajouté.

Mme P..., 62 ans, présente des crises douloureuses du flanc droit, avec fièvre et masse importante dans la région sous-costale. Amaigrissement de 10 kgs.

Intervention le 24 juin 1943 après vaccination pré-opératoire au Propidon. Il s'agit d'une vésicule calculieuse dont le fond dégénéré adhère à l'angle colique droit. Cholécystectomie. Un drain et 2 mèches. L'examen histologique (Fondation Curie) confirme qu'il s'agit bien d'un cancer de la vésicule propagé au colon. Suites opératoires simples jusqu'au 7^e jour. A ce moment, grosse atteinte de l'état général, température à 39°, abcès de fixation. Température oscillante du 8^e au 12^e jour. Incision de l'abcès le 23 juillet. Gué-

risson opératoire. Quatre mois plus tard, récédive intra-abdominale, sans accident infectieux, qui entraînera une occlusion intestinale ultérieure.

OBSERVATION N° 15

Hystérectomie pour fibrome.

Mme G..., 42 ans. Hystérectomie le 19 mars pour fibrome non compliqué. Anesthésie au Schleich, 4 gr. d'Exoseptoplix dans la cavité péritonéale. Suites d'abord normales, puis le 4^e jour, température à 39°5, très grosse altération de l'état général donnant l'impression d'un danger immédiat. Absès de fixation. La température reste entre 39° et 40° jusqu'au 9^e jour, puis une détente s'amorce. Incision de l'absès de fixation le 2 avril. Guérison. Il n'a pas été fait d'hémoculture.

OBSERVATION N° 16

Inondation péritonéale par hémorragie du corps jaune avec état septicémique secondaire.

Mme B..., 38 ans, arrive d'urgence le 1^{er} novembre 1943, présentant tous les signes d'une hémorragie interne grave, ayant débuté 3 heures auparavant. Il n'existe pas de retard de règles. Malade moribonde. Au toucher vaginal, un fibrome du volume d'une tête de nouveau-né, parfaitement mobile et douleur extrêmement vive au niveau du Douglas. Température à 36°4. Pouls incomptable. On conclut à une rupture de grossesse extra-utérine en péritoine libre.

Intervention d'urgence sous chloroforme : ablation du fibrome et des annexes droites qui sont le point de départ d'une hémorragie très profuse. Un drain sus-pubien. Suites d'abord simples. Le troisième jour, la température monte à 41° avec accélération parallèle du pouls. Tableau d'infection généralisée sévère. Absès de fixation le 4^e jour et hémoculture. Température très oscillante, mais progressivement décroissante pendant 5 jours, alors que l'état général reste extrêmement inquiétant. La malade ne fait aucune loca-

lisation infectieuse. Incision de l'abcès de fixation le 17 novembre. Guérison.

L'hémoculture n'a pas poussé.

L'examen histologique de la pièce précise qu'il s'agit non pas d'une grossesse extra-utérine rompue, mais d'une hémorragie du corps jaune.

OBSERVATION N° 17

Hernie ombilicale étranglée chez une obèse.

Mme B..., obèse, âgée de 54 ans, présente une hernie ombilicale étranglée du volume d'une tête d'adulte. Opérée une première fois il y a 9 ans, actuellement irréductible avec tous les signes d'un étranglement intra-sacculaire.

Intervention d'urgence sous rachianesthésie, le 13 juillet 1943, malgré le très médiocre état général. Incision arciforme. Le sac renferme tout le transverse, le cœcum et 2 ou 3 anses grêles. Une bride d'épiploon transformée en tissu fibreux ajoute à l'étranglement du collet qui est indiscutable, un étranglement intra-sacculaire. Résection du sac. Plan musculo aponévrotique à la soie. Drain dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dès le lendemain, devant le très mauvais état général et l'apparition des premiers signes pulmonaires, abcès de fixation. Très gros foyer pulmonaire bilatéral avec prostration marquée et hypothermie. Incision de l'abcès le 28 juillet. Guérison.

OBSERVATION N° 18

Accident pulmonaire après gastrectomie.

M. T..., 53 ans. Gastrectomie par exclusion pour ulcère du duodénum loin situé.

Intervention le 30 avril 1943 après vaccination au propidon et détartrage dentaire. Anesthésie au chloroforme. Suites opératoires d'abord simples, quand, le 3^e jour, la température monte à 40°. Gros foyer pulmonaire. Abcès de fixation incisé le 15 mai. Guérison.

OBSERVATION N° 19

Accident pulmonaire après gastrectomie.

M. O..., 58 ans, fait une très grosse hématomérose en juin 1943. Mise au repos. Transfusions et vaccination pré-opératoire au propidon. Volumineuse niche de Haudeck très haut sur la petite courbure.

Intervention le 21 juin 1943 sous chloroforme. Gastrectomie en gouttière devant remonter jusqu'au voisinage du cardia. Suites opératoires d'abord simples, mais au 6^e jour, se constitue un foyer de la base gauche en dépit de l'alcool intra-veineux commencé le 4^e jour. Le 7^e jour, température à 40° et foyers pulmonaires multiples. Abscès de fixation. Très nette régression en 36 heures, alors que l'alcool et l'Eucalyptine ne l'avaient pas obtenue auparavant. Incision de l'abcès le 7 juillet et son volume est tel qu'il doit être contre-incisé 4 jours plus tard. Guérison. Le malade quitte la maison de santé le 24^e jour.

OBSERVATION N° 20

Complications pulmonaires après gastrectomie.

M. G..., 56 ans, présente un ulcus net du duodénum.

Intervention le 24 novembre 1943, après vaccination au propidon et ablation de chicots dentaires. Anesthésie au chloroforme. Gastrectomie sans incident. Dès le lendemain de l'intervention, température à 38°8 et râles diffus aux deux bases sans foyer constitué. Abscès de fixation qui ne prend pas. Le malade s'améliore nettement du 2^e au 5^e jour. Brusquement, le soir du 5^e jour, température à 40° et silence respiratoire complet de tout le poumon droit. En dépit de ventouses scarifiées et de toni-cardiaques, mort 3 heures après. Il semble s'agir d'un atelectasie pulmonaire. Des difficultés matérielles n'ont pas permis de faire un cliché au lit du malade.

OBSERVATION N° 21

Foyer pneumonique après gastrectomie.

Mme A..., 64 ans, présente une biloculation gastrique par ulcère très ancien, dont la première hématomèse remonte à 1907. Vaccination opératoire au propidon. Ablation de chicots dentaires.

Intervention : gastrectomie sous chloroforme sans incident. Pas de drainage. Dès le soir de l'intervention, la malade reçoit à titre préventif de l'alcool intra-veineux. Le soir du 2^e jour, crochet à 39° et petit foyer de la base droite qui paraît rétrocéder en même temps que la température s'abaisse. Le soir du 4^e jour, nouveau crochet à 40° et foyer du sommet gauche. Abscès de fixation d'urgence qui ne prend pas. La température reste pendant 4 jours en plateau à 40°2 avec tous les signes d'un gros foyer localisé au sommet gauche. Mort le 8^e jour par défaillance cardiaque.

OBSERVATION N° 22

Tableau de septico-pyohémie après gastrectomie.

M. P..., 29 ans, présente une image d'ulcère de la partie basse de la petite courbure.

Intervention le 8 octobre 1943 après vaccination pré-opératoire au propidon et détartrage dentaire. Anesthésie au chloroforme. Gastrectomie facile. Suites d'abord simples. Le 4^e jour, en quelques heures, très grosse atteinte de l'état général, dyspnée toxique, sans localisation pulmonaire précise. Température à 39°5, pouls à 145. Après avoir éliminé la possibilité d'une perforation ou d'une hémorragie secondaire, on a l'impression d'assister à l'éclosion d'une septico-pyohémie qui sera mortelle en 24 heures au plus. Abscès de fixation immédiat, 6 heures après il existe déjà une énorme réaction au niveau de l'injection. Le lendemain, cette réaction occupe toute la face externe de la cuisse et l'état général s'est déjà amélioré. En 3 jours, il redevient franchement bon. L'abcès de fixation est incisé le 18 octobre : il contient plus d'un litre de pus. Le malade quitte la maison de santé le 15^e jour, entièrement

guéri, conservant seulement un pansement au niveau de l'abcès de fixation.

OBSERVATION N° 23

Accident septique après fausse couche.

Mme C..., 39 ans, mère de 10 enfants, fait une fausse couche spontanée le 16 octobre 1942. Hémorragie très importante.

Intervention : Anesthésie au chloroforme. Curettage qui ramène d'abondants débris placentaires. Le 6^e jour, état grave, température à 40°. Rien de particulier à l'examen du petit bassin. Absès de fixation incisé le 2^e novembre. L'hémoculture pratiquée le jour de l'abcès de fixation est restée négative. Guérison.

OBSERVATION N° 24

Rétention placentaire ancienne.

Mlle G... est vue pour des métrorragies liées à une rétention placentaire remontant à un mois. Fièvre entre 37°5 et 38°.

Intervention le 5 novembre 1942. Après mise en place d'une laminaire pendant 24 heures, curettage qui ramène des débris placentaires assez abondants. A partir de ce moment, 4 gr. de sulfamides par 24 heures. Le 4^e jour, clocher à 39°, qui cède le lendemain. Le 7^e jour, nouveau clocher à 39° et mauvais état général. Absès de fixation qui sera incisé le 21 novembre. Guérison.

OBSERVATION N° 25

Fausse couche avec perforation utérine.

Mme Z..., 30 ans, arrive d'urgence le 24 juin 1943 : fausse couche de 2 mois; température à 38°8. Hémorragies, col entr'ouvert.

Intervention d'urgence. Anesthésie au chloroforme. Curettage. Pas d'injection intra-utérine. On constate une large perforation de 6 à 8 mm. de diamètre au fond de l'utérus. Dès le soir de l'inter-

vention, température à plus de 40°, état général grave. Abscès de fixation d'urgence qui sera incisé le 14^e jour. Guérison.

Dans l'hémoculture pratiquée en même temps que l'abcès de fixation, a poussé du colibacille.

OBSERVATION N° 26

Fausse couche compliquée.

Mme S... arrive d'urgence le 16 mars 1943 pour fausse couche provoquée 3 jours auparavant : métrorragie, température à 38°, pculs à 110. La malade a reçu pendant ces 2 jours 4 gr. de Dagéran par 24 heures, Accident grave d'intolérance avec cyanose, subictère et vomissements.

Intervention d'urgence sous chloroforme. Curettage et abcès de fixation. Pendant les 5 jours qui suivent, température élevée et oscillante, grands frissons au cours desquels sont pratiqués des hémocultures qui se révèlent négatives. Incision de l'abcès de fixation le 13^e jour. Guérison.

OBSERVATION N° 27

Accident septique après fausse couche.

Mme F..., 35 ans, entre le 2 décembre 1943, pour fausse couche compliquée : température à 39°, mauvais état général.

Intervention sous chloroforme après mise en place d'une laminaire pendant 24 heures. Curettage. Hémoculture. Au bout de 48 heures, frissons et état général très médiocre en dépit de la glace sur le ventre et du Pulmorex commencé le premier jour. Abscès de fixation. Température très oscillante pendant quelques jours. Incision de l'abcès le 14 décembre avec contre-incision 5 jours plus tard. Guérison. L'hémoculture est restée négative.

OBSERVATION N° 28

Infection après accouchement dystocique.

Mme B..., primipare, est vue le 30 juin 1943, 30 heures après

la rupture de la poche des eaux. Dilatation à 2 francs avec début d'œdème du col et douleurs s'espacant. Température à 38°5. Dilatation manuelle du col sous rachi-anesthésie (méthode de Delmas). Forceps. Enfant vivant. Le 3^e jour, température à 39°2, pouls à 100. En raison des très nombreux examens qui ont précédé notre intervention, on décide sans tarder un abcès de fixation. La fièvre tombe 3 jours après. Incision le 16 juillet alors que la malade est apyrétique. Deux jours après, nouvelle poussée à 39°5, qui durera une semaine et pour laquelle on ne trouve aucune cause locale au niveau du petit bassin. Examen histo-bactériologique des urines : négatif. Guérison sans séquelles pelviennes. L'hémoculture, pratiquée lors de l'injection térébenthinée, est restée négative.

OBSERVATION N° 29

Accouchement compliqué.

Mme M..., primipare, est vue le 26 décembre 1943. Rupture de la poche des eaux depuis 48 heures. Dilatation à 2 francs. Rachi-anesthésie. Dilatation manuelle du col et extraction d'un enfant vivant par forceps au détroit supérieur. Le 2^e jour, clocher à 41°. Le soir du 3^e jour, abcès de fixation qui sera incisé 10 jours plus tard. Pendant 5 jours, après l'abcès de fixation, température oscillante entre 38° et 39°, puis descente en lysis. Guérison. L'examen bactériologique des urines avait permis de préciser qu'il n'existait aucun germe.

OBSERVATION N° 30

Infection après délivrance artificielle.

Mme S..., 32 ans, primipare, accouche le 10 octobre 1943. Considérable hémorragie au moment de la délivrance, pour laquelle on est appelé d'urgence à pratiquer une délivrance artificielle à domicile, dans des conditions d'asepsie médiocres. Au 6^e jour, frisson, température à 40°, sans cause locale. Abcès de fixation qui «prend» très rapidement et sera incisé 10 jours plus tard. Guérison. Il n'a pas été fait d'hémoculture.

OBSERVATION N° 31

Septicémie post-partum.

Mme R..., 40 ans, 5^e pare. Accouchement normal. On est appelé au 16^e jour. Température oscillant entre 39° et 40° depuis 4 jours, dyspnée toxique, subictère des conjonctives. Les urines renferment des pigments, des sels biliaires et 1,20 gr. d'albumine. Dans les huit jours qui ont suivi l'accouchement, la malade a reçu 5 gr. de sulfamides par 24 heures. En dépit du pronostic grave, on tente un abcès de fixation d'urgence et on pratique une hémoculture positive au streptocoque. Mort 3 jours après sans qu'aucun abcès de fixation se soit constitué.

N° de l'obs.	Diagnostic	Date de l'abcès à partir de l'intervention	Réaction	Date de l'incision de l'abcès à partir de son début	Résultat
N° 1	Appendicite aigue chez un enfant.	3 ^e jour	Prend	11 ^e jour	Guérison
N° 2	Péritonite par perforation appendiculaire chez un enfant.	2 ^e jour	Prend	8 ^e jour	Guérison
N° 3	Péritonite appendiculaire chez un enfant.	Immédiat	Prend	11 ^e jour	Guérison
N° 4	Péritonite par perforation appendiculaire.	Immédiat	Prend	14 ^e jour	Guérison
N° 5	Péritonite appendiculaire avec accident septique tardif.	9 ^e jour	Prend	7 ^e jour	Guérison
N° 6	Appendicite avec plastron en voie de constitution.	Immédiat	Prend	8 ^e jour	Guérison
N° 7	Péritonite appendiculaire chez une adulte.	Immédiat	Prend	7 ^e jour	Guérison
N° 8	Péritonite appendiculaire en deux temps.	Immédiat	Prend	11 ^e jour	Guérison
N° 9	Péritonite par rupture d'abcès appendiculaire.	Immédiat	Ne prend pas	»	Mort
N° 10	Péritonite généralisée par kyste de l'ovaire rompu.	Immédiat	Prend	9 ^e jour	Résultat

N° de l'obs.	Diagnostic	Date de l'abcès à partir de l'intervention	Réaction	Date de l'incision de l'abcès à partir de son début	Résultat
N° 11	Rupture opératoire d'un kyste de l'ovaire suppuré.	1 ^{er} jour	Prend	16 ^e jour	Guérison
N° 12	Perforation de la vésicule en deux temps.	Immédiat	Prend	14 ^e jour	Guérison
N° 13	Cholécystite suppurée.	Immédiat	Prend	9 ^e jour	Guérison
N° 14	Cholécystite calculueuse avec néoplasme surajouté.	7 ^e jour	Prend	22 ^e jour	Guérison
N° 15	Hystérectomie pour fibrome.	4 ^e jour	Prend	10 ^e jour	Guérison
N° 16	Inondation péritonéale par hémorragie du corps jaune avec état septicémique secondaire.	4 ^e jour	Prend	12 ^e jour	Guérison
N° 17	Hernie ombilicale étranglée chez une obèse.	1 ^{er} jour	Prend	14 ^e jour	Guérison
N° 18	Accident pulmonaire après gastrectomie.	3 ^e jour	Prend	12 ^e jour	Guérison
N° 19	Accident pulmonaire après gastrectomie.	7 ^e jour	Prend	9 ^e jour	Guérison
N° 20	Complications pulmonaires après gastrectomie.	1 ^{er} jour	Ne prend pas	»	Mort

N° de l'obs.	Diagnostic	Date de l'abcès à partir de l'intervention	Réaction	Date de l'incision de l'abcès à partir de son début	Résultat
N° 21	Foyer pneumonique après gastrectomie.	4 ^e jour	<i>Ne prend pas</i>	»	<i>Mort</i>
N° 22	Tableau de septico-pyohémie après gastrectomie.	4 ^e jour	Prend	6 ^e jour	Guérison
N° 23	Accident septique après fausse-couche.	6 ^e jour	Prend	11 ^e jour	Guérison
N° 24	Rétention placentaire ancienne.	7 ^e jour	Prend	9 ^e jour	Guérison
N° 25	Fausse-couche avec perforation utérine.	Immédiat	Prend	14 ^e jour	Guérison
N° 26	Fausse-couche compliquée.	Immédiat	Prend	13 ^e jour	Guérison
N° 27	Accident septique après fausse-couche.	2 ^e jour	Prend	10 ^e jour	Guérison
N° 28	Infection après accouchement dystocique.	3 ^e jour	Prend	13 ^e jour	Guérison
N° 29	Accouchement compliqué.	3 ^e jour	Prend	10 ^e jour	Guérison
N° 30	Infection après délivrance artificielle.	6 ^e jour	Prend	10 ^e jour	Guérison
N° 31	Septicémie post-partum.	16 ^e jour	<i>Ne prend pas</i>	»	<i>Mort</i>

CONCLUSIONS

1. — Toute notre expérience porte sur une seule technique : abcès de fixation pratiqué à l'essence de térébenthine par une injection unique.

2. — Cet abcès de fixation nous paraît avoir à la fois une valeur thérapeutique certaine, et une grande valeur pronostique : toutes les fois que l'abcès de fixation ne « prend » pas, le pronostic est fatal.

3. — Il ne semble présenter aucune contre-indication : nous l'avons utilisé chez l'enfant comme chez l'adulte, quel que soit le germe en cause, et quelle que soit l'infection initiale.

4. — Il nous paraît indiqué à titre de complément post-opératoire immédiat dans les affections abdomino-pelviennes suppurées graves opérées d'urgence. Il nous paraît indiqué également dans les complications post-opératoires, prenant secondairement une allure septique rapidement évolutive. C'est dire qu'on en décidera l'emploi, moins sur des examens de laboratoire que sur l'impression clinique fournie par une surveillance attentive du malade.

5. — Jamais l'emploi de l'abcès de fixation ne doit retarder l'acte opératoire qui est de mise dans chaque cas particulier. Complément souvent indispensable de cet acte, il ne peut se substituer à lui, ni même en retarder l'exécution.

6. — L'abcès de fixation n'est pas une méthode à utiliser indifféremment au même titre que les sulfamides ou la bactériothérapie. Il nous paraît préférable aux sulfamides chaque fois qu'ils ne sont pas tolérés et chaque fois que l'élément toxique, prédominant sur l'élément infectieux, rend leur emploi dangereux. Il paraît supérieur à la sérothérapie ou à la vaccinothérapie, toutes les fois qu'il faut agir très vite et sans que le germe en cause ait pu être identifié.

7. — Le mécanisme de l'abcès de fixation reste encore très discuté : en dépit de cette pathogénie obscure, nous le considérons comme une méthode précieuse, utilisable dans des cas d'extrême urgence où toutes les autres thérapeutiques anti-infectieuse s'avèrent inopérantes.

Vu,
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,
Le Président de thèse :
SENEQUE

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
GILBERT GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

ANSELME MARTIN (G.). — Voir VIDAL.

AUDAIN (G.). — La médication leucogène dans les maladies infectieuses d'ordre chirurgical. (*Thèse*, Paris, 1917.)

— La leucocytose dans les infections. (*Presse Médicale*, 24 avril 1919, p. 216.)

— La médication leucogène. (*Gazette des Hôpitaux*, 16-18 septembre 1919, p. 833.)

BLECHMANN (G.). — De l'abcès de fixation. (*Concours Médical*, n° 11 bis, 20 mars 1935, p. 825.)

— A propos de l'abcès de fixation. (*Concours Médical*, n° 15, 14 avril 1935, p. 1.106.)

— Toujours l'abcès de fixation. (*Concours Médical*, n° 21, 26 mai 1935, p. 1.601.)

BOIDAIN (L.) et TURPIN (R.). — La Pyothérapie. (*Bulletin médical*, n° 8, 21 février 1923, p. 199.)

BOLTANSKI (E.). — L'abcès de fixation. (*Pratique médico-chirurgicale*, Tome I, p. 5.)

BOUQUET (H.). — La querelle de l'abcès de fixation. (*Monde Médical*, année 1926, p. 477.)

CARLES (J.). — Les abcès de fixation. (*Thèse Bordeaux*, 1903.)

— Indications, avantages et méfaits des abcès de fixation. (*Bulletin général de thérapeutique*, août 1924, p. 193.)

CANUYT (G.). — Les abcès de fixation. (*Strasbourg Médical*, 5 mai 1933, p. 305.)

— Les abcès de fixation. (*Strasbourg Médical*, n° 28, 5 octobre 1936, p. 441.)

- CASEDEVANT (C.). — De la valeur de la méthode de Fochier dans l'infection puerpérale. (*Thèse*, Paris, 1914.)
- CELLABIER (P.). — Les abcès de fixation chez les enfants. (*Thèse* Bordeaux, 1905.)
- CESARI (E.). — Voir NETTER.
- CHAMBERLAND (M.). — Les essences au point de vue de leurs propriétés antiseptiques. (*Annales de l'Institut Pasteur*, année 1887, p. 153.)
- CHANTEMESSE (P.) et MARIE (R.). — Sur l'action des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 27 mai 1892, p. 376.)
- CHOMÉ (E.). — Prophylaxie et traitement des infections puerpérales. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 5.114 B. C., p. 7.)
- COMBY (J.). — L'abcès de fixation. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 29 janvier 1926, p. 144.)
- L'abcès de fixation. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 6 février 1926, p. 159.)
- Un cas de mort par abcès de fixation. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 23 avril 1926, p. 678.)
- DE COQUET (F.). — Encore l'abcès de fixation. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juin 1926, p. 483.)
- DELORE (P.). — Voir PIC.
- DEVRAIGNE (L.). — Précis d'obstétrique, 5^e édition, p. 805.
- DUBRISSAY (L.) et JEANNIN (C.). — Précis d'accouchement, 8^e édition, p. 834.
- DUVIVIER DE STEEL. — Voir FAURÉ TRÉMIET.
- EWSEROFF (R.). — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par abcès de fixation. (*Thèse*, Paris, 1939.)
- FABRE. — *Précis d'obstétrique*. Tome II, p. 444.
- FAURÉ TRÉMIET (E.) et DUVIVIER DE STEEL. — Etude sur les abcès provoqués par injections de substances non septiques. (*Annales d'hygiène publique*, 4^e série, année 1920, p. 272.)
- FASQUELLE SAINT-YVES MÉNARD (R.). — Abcès de fixation ou de traduction de l'infection. (*Concours Médical*, n^o 16, 24 avril 1935, p. 1.188.)

FERRIÈRE (M.). — Voir ROUVIER.

FEUILLIÉ (E.). — Etude sur le mécanisme de l'action bienfaisante des abcès de fixation. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 5 février 1926, p. 161.)

FOCHIER (A.). — Thérapeutique des infections pyogènes généralisées. (*Lyon Médical*, 23 août 1891, p. 553.)

GODLEWSKI (E.). — L'abcès de fixation en chirurgie. (*Provence Médico-Chirurgicale*, n° 3, mars 1936, p. 61.)

GOTTELAND (P.). — Contribution à l'étude clinique du traitement de la néphrite infectieuse aiguë. (*Thèse*, Lyon, 1924.)

HENRIET (J.). — Ouverture chirurgicale des abcès de fixation. (*Strasbourg Médical*, 5 octobre 1936, p. 446.)

JEANNIN (C.). — Voir DUBRISSAY.

JOUIN (A.). — Action bactéricide de l'air et de l'oxygène ozonés dans l'air et dans l'eau. Résultats heureux obtenus par des injections hyperoxydantes (solutions isotoniques ozonées et ionisées dans la blennorrhagie aiguë et chronique). (*Société de Biologie*, séance du 27 avril 1918, p. 412.)

LECÈNE (P.) et LERICHE (R.). — Thérapeutique chirurgicale. Tome I, p. 47.

LERICHE (R.). — Voir LECÈNE.

LE TORRE. — Il meccanismo d'Azione d'egli ascessi di fissazione. Roma, 1904. In LANÇON. Traitement de la Broncho-Pneumonie infantile par les abcès de fixation. (*Thèse*, Lyon, 1911, p. 30.)

LEVY KLOTZ (J.). — L'abcès de fixation. (*Guérir*, n° 110, 15 avril 1937, p. 3.)

LUMIÈRE (A.) et Mme MONTLOY. — Sur la formation des abcès de fixation. (*Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences*, séance du 8 novembre 1926, p. 812.)

MARIE (R.). — Voir CHANTEMESSE.

MARMASSE (J.-L.). — Documents pour servir à l'étude du traitement de l'infection puerpérale grave. (*Thèse*, Paris, 1926.)

MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAISE (LA). — Les assises départementales sur l'abcès de fixation. Tome III, n° 2, février 1936, p. 70.

- Les assises nationales sur l'abcès de fixation. Tome III, n° 3, mars 1936, p. 153.
- METZGER (M.). — *L'accoucheur moderne*, p. 471.
- MONTAGNON. — L'abcès de fixation dans la broncho-pneumonie des enfants du premier âge. (*Lyon Médical*, 4 décembre 1910, p. 924.)
- MONTOLY (Mme). — Voir LUMIÈRE.
- NETTER (A.) et CESARI (E.). — Méningite suppurée à pneumocoques consécutive à une otite compliquée de paralysie faciale. Guérison après abcès de fixation. Présence des antigènes du pneumocoque type II dans le pus de l'abcès de fixation. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 25 mai 1923, p. 763.)
- NOSTA (T.) et TATARU (R.). — Septico-pyohémie. Abcès de fixation. Guérison. (*Revue de chirurgie* (Bucarest), 9-10 septembre-octobre 1938, p. 695.)
- PATEL (M.). — Sur l'abcès de fixation. (*Concours Médical*, 14 juillet 1935, p. 61.)
- PIC (A.) et DELORE (P.). — Données pratiques sur l'abcès de fixation. (*Journal de Médecine de Lyon*, avril 1930, p. 231.)
- Mode d'action de l'abcès térébenthiné. (*Journal de Médecine de Lyon*, avril 1930, p. 237.)
- Le bilan de l'abcès de fixation en dehors des affections broncho-pulmonaires. (*Journal de Médecine de Lyon*, avril 1930, p. 244.)
- RAVINA (J.). — Infection puerpérale. (*Pratique médico-chirurgicale*, Tome VII, p. 354.)
- ROUMAILLAC (J.-L.). — Quelques remarques personnelles sur l'abcès de fixation ou de dérivation. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 juin 1936, p. 445.)
- ROUVIER (J.-M.) et FERRIÈRE (M.). — Streptococcémie avec guérison. (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, année 1923, p. 220.)
- ROYER DE VERICOURT (E.). — Abcès de fixation. (*Gazette Médicale*

de France et pays de langue française, n° 8, 15 avril 1934, p. 377.)

SAVY (P.). — *Traité de thérapeutique clinique*, Tome III, p. 2467.

SORRENTINO (B.). — Le traitement des infections puerpérales en particulier pour les abcès de fixation. (*Gynécologie et Obstétrique*, n° 23, juin 1931, p. 511.)

TATARU (R.). — Voir NOSTA.

TURPIN (R.). — Voir BOIDIN.

VIDAL (J.) et ANSELME MARTIN (G.). — L'abcès de fixation. (*Languedoc Médical*, n° 4, avril 1936, p. 144.)

VIGNES (H.). — L'abcès de fixation dans le traitement de l'infection puerpérale. (*Progrès Médical*, 17 novembre 1931, page 2.096.)

— A propos de l'abcès de fixation. (*Progrès Médical*, 23 janvier 1932, p. 163.)

— L'abcès de fixation dans le traitement de l'infection puerpérale. (*Le Vieux Bistouri*, 20 juin 1933, p. 5.)

VIRIOT (G.). — Considérations sur l'abcès de fixation. (*Thèse Paris*, 1926.)

WOLF (M.). — Indications et résultats de l'abcès de fixation. (*Information Médicale*, 1^{er} septembre 1935, p. 336.)

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	11
Historique	14
Pathogénie	17
Technique	32
Date de l'injection térébenthinée	39
Efficacité et indications de l'abcès de fixation	41
Valeur pronostique de l'abcès de fixation.....	49
Contre-indications de l'abcès de fixation	52
Complications et accidents de l'abcès de fixation	54
De la valeur comparée de l'abcès de fixation avec les sulfa- mides, sérums et vaccins	57
Observations	60
Conclusions	77
Bibliographie	79

